

# SAÚDE GERAL: EVIDÊNCIAS DE DIFERENÇAS RELACIONADAS AO SEXO

*Hudson W. de Carvalho*<sup>1</sup> – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil

*Sérgio Baxter Andreoli* – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil

*Miguel Roberto Jorge* – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil

---

## RESUMO

Objetivou-se verificar a existência de diferenças relacionadas ao sexo com base nos indicadores de saúde mental providos pelo Questionário de Saúde Geral (QSG) e avaliar a pertinência de normas diferenciadas por sexo. Participou voluntariamente do estudo uma amostra aleatória de 146 adultos da cidade de Divinópolis, MG. Os dados foram analisados por meio de testes t para amostras independentes, análise de variância simples com correção de Bonferroni e correlações de Pearson. Mulheres apresentaram médias superiores às dos homens em todos os escores do QSG, entretanto diferenças significantes com magnitude de efeito moderada foram encontradas nas escalas de Estresse Psíquico, Autoeficácia, Distúrbios Psicossomáticos e Gravidade de Doença Mental. Nossos achados são congruentes com os do estudo de adaptação e validação do QSG para o Brasil, indicando a presença de diferenças moderadas relacionadas ao sexo em saúde geral e a pertinência de normas diferenciadas para homens e mulheres. Ajustes normativos mostram-se necessários.

*Palavras-chave:* diferenças de sexo; saúde mental; rastreamento psiquiátrico; avaliação psicológica; normas.

## GENERAL HEALTH: EVIDENCES OF SEX RELATED INDIVIDUAL DIFFERENCES

### ABSTRACT

The current study aimed to verify the existence of sex related differences in the mental health indicators provided by the General Health Questionnaire (GHQ) and to evaluate the pertinence of sex differentiated norms. Participated in this study voluntarily a random sample of 146 adults from the city of Divinópolis, MG. Data were analyzed using t-Tests for independent samples, one-way analysis of variance with Bonferroni correction and Pearson correlations. Women had a higher means than men in all the scores produced by the GHQ, but significant differences with moderate effect sizes were found only in the scales of Psychological Stress, Self-efficacy, Psychosomatic Disorders and Severity of Mental Illness. Our findings are consistent with GHQ Brazilian adaptation and validation study, indicating the existence of moderate sex differences in general health and the pertinence of differentiated norms for men and women. Normative adjustments are, however, required.

*Keywords:* sex differences; mental health; psychiatric screening; psychological assessment; norms.

---

A epidemiologia psiquiátrica é uma área da ciência que procura quantificar a distribuição dos fenômenos de saúde e de doença mental com base em atributos relevantes (Sarriera, Moreira, Rocha, Duso & Prikladnicki, 2003). No que tange à distribuição por sexo dos transtornos depressivos unipolares e de ansiedade, pesquisas epidemiológicas têm, consistentemente, identificado que mulheres são significativamente mais vulneráveis que homens – razão entre taxas de

prevalência de duas mulheres para cada homem (Kessler, 2003; Kessler, Chiu, Demler & Walters, 2005; Andrade, Viana & Silveira, 2006; Justo & Calil, 2006; Miranda, Tarasconi & Scortegagna, 2008; Seedat & cols., 2009).

Diferenças entre homens e mulheres, relacionadas à sintomatologia depressiva unipolar e de ansiedade, são sistematicamente encontradas em pesquisas de orientação psicométrica que se valem da aplicação de instrumentos de rastreamento psiquiátrico. Estudos realizados a partir da administração do Questionário de Saúde Geral (QSG; Goldberg, 1972) tem identificado médias mais elevadas em mulheres que em homens em seus diversos indicadores de saúde mental, tanto em amostras clínicas (Foster, Peters & Marshall, 2000; Vazquez & cols., 2008), como em amostras extraídas a partir da população geral (Andreoli, Blay & Mari, 2000; Gili, Ferrer, Roca & Bernardo M, 1998; Geckova & cols., 2004; Weich, Sloggett

---

<sup>1</sup> Endereço para correspondência:

. Núcleo de Estatística e Metodologias Aplicadas da Universidade Federal de São Paulo.

Rua Dr. Barcelar, 368 – conjunto 142 – Vila Clementino 04026-001 – São Paulo-SP

E-mail: hdsncarvalho@yahoo.com

Agradecimentos: à Cíntia Teixeira, coordenadora do IPPEX-FACED, pelo apoio institucional e aos alunos e alunas de iniciação científica ligadas ao NuPPSi pela dedicação à coleta e à tabulação dos dados ora apresentados.

& Lewis, 2001; Sanchez-Lopez, Lopez-Garcia, Dresch & Corbalan, 2008).

Há, todavia, alguma controvérsia acerca da maior prevalência de transtornos depressivos unipolares e de ansiedade no sexo feminino que no masculino. Justi e Calil (2006), por exemplo, ao revisarem pesquisas epidemiológicas, apontaram para a inexistência de tais diferenças em afro-americanos, israelenses jovens e indivíduos pré-púberes. Paralelamente, algumas pesquisas psicométricas têm falhado em identificar diferenças significantes em relação ao sexo no escore geral do Questionário de Saúde Geral (QSG; Thornley, Walton, Romans-Clarkson, Herbison & Mullen, 1991; Segopolo, Selemogwe, Plattner, Ketlogetswe & Feinstein, 2009). Ressalta-se, entretanto, que não foi encontrado nenhum estudo publicado que identificasse maior prevalência de transtornos depressivos unipolares e de ansiedade em homens que em mulheres, seja por meio de entrevistas diagnósticas, seja pela administração do QSG.

#### *Questionário de Saúde Geral*

O QSG é um instrumento psicométrico de autopreenchimento, amplamente utilizado nacional e internacionalmente para a detecção de transtornos mentais menores (transtornos depressivos e de ansiedade de gravidade leve a moderada) em contextos comunitários, hospitalares e em pesquisas clínicas e psicométricas (Goldberg, 1985; Goldberg & Bridges, 1987; Vazquez-Barquero, Williams, Diez-Manrique, Lequerica & Arenal, 1988; Lee, Yip, Chen, Meng & Kleinman, 2006; Patel & cols., 2006; Oliveira & Chaves-Maia, 2008; Haase & cols., 2004). Sua administração permite avaliar um espectro amplo de sinais e sintomas relacionados à consolidação do sono, ao estresse, à depressão, à ansiedade e a problemas psicossomáticos.

A elaboração do QSG responde antes a questões de ordem prática que teórico-conceituais (Goldberg, 1972; Goldberg & Williams, 1988). A finalidade do autor foi a de construir um questionário objetivo, de fácil administração e capaz de discriminar indivíduos psicologicamente doentes de indivíduos psicologicamente saudáveis. Diferentemente de outros instrumentos de autopreenchimento, cuja meta refere-se à avaliação de traços psicológicos ou dimensões de vulnerabilidade psicopatológicas, o QSG tem o objetivo de identificar o estado atual de funcionamento mental e suas flutuações.

Conceitualmente, o QSG pretende medir um fator comum a sinais e sintomas

psicopatológicos não psicóticos, isto é: uma dimensão contínua de sofrimento subjetivo, na qual diferentes graus de saúde e de sofrimento psicológico podem ser representados em termos quantitativos. Ademais, a construção do QSG está intrinsecamente ligada à hipótese de que os fenômenos psicopatológicos, particularmente os relacionados à depressão e à ansiedade, são mais adequadamente expressos em termos contínuos que discreto-categoriais (Goldberg, 1972; Carvalho, Patrick, Jorge & Andreoli, 2011).

Estudos cujos objetivos envolvem a avaliação das propriedades psicométricas de diferentes versões do QSG tendem a ser consistentes entre si e a produzir bons indicadores de validade. Investigações analítico-fatoriais têm indicado estruturas altamente compatíveis com a proposição original (Goldberg, 1972), em que um fator geral e quatro ou cinco subfatores específicos são produzidos para suas versões de 60, 30 e 28 itens (Goldberg & Williams, 1988; Vazquez-Barquero & cols., 1988; Pasquali & cols., 1996; Carvalho & cols., 2011). Para sua versão de 12 itens, alguma controvérsia se mantém: há estudos que mostram ajuste para uma solução de dois fatores consistentes e altamente correlacionados de depressão e ansiedade/disfunção social (Gouveia, Barbosa, Andrade & Carneiro, 2010; Gouveia, Chaves, Oliveira, Dias, Gouveia & Andrade, 2003), enquanto outros estudos mostram a presença de três fatores correlacionados de depressão/ansiedade, disfunção social e perda de confiança (Graetz, 1991; Sarriera, Schwarcz & Câmara, 1996; Salama-Younes, Montazeri, Ismail & Roncin, 2009). O grau de correlação entre os fatores sugere que um escore geral para essa versão é plausível, apesar de que nem sempre um modelo unifatorial mostra bom ajuste aos dados.

No que concerne ao poder de discriminação do escore geral das diferentes versões do QSG, evidências apontam para indicadores adequados de sensibilidade e especificidade do QSG em diferentes contextos neuropsiquiátricos (Goldberg, 1985; Goldberg & Bridges, 1987; Goldberg, Bridges, Duncan-Jones & Grayson, 1988; Haase & cols., 1994). Tais evidências atestam a validade do QSG como um instrumento de rastreamento psiquiátrico.

Em sua versão adaptada para o Brasil (Pasquali & cols., 1996), o QSG foi organizado em cinco subescalas e uma escala geral, derivadas a partir de procedimentos fatoriais analíticos, a saber: Tensão ou Estresse Psíquico ( $\alpha=0,89$ , cargas

fatoriais variando entre .30 e .68; 13 itens), Desejo de Morte ( $\alpha=0,89$ , cargas fatoriais variando entre .34 e .75, oito itens), Autoeficácia ( $\alpha=0,89$ , cargas fatoriais entre .30 e .73, 17 itens), Distúrbios do Sono ( $\alpha=0,80$ , cargas fatoriais entre .38 e .75, seis itens), Distúrbios Psicossomáticos ( $\alpha=0,83$ , cargas fatoriais entre .32 e .6, dez itens), Gravidade de Doença Mental ( $\alpha=0,95$ , cargas fatoriais entre .15 e .79, 60 itens). Com exceção da subescala Desejo de Morte, há diferenças estatisticamente significantes entre os escores obtidos por homens e mulheres, deflagrando normas diferenciadas por sexo.<sup>f</sup>

O estudo brasileiro de adaptação do QSG (Pasquali & cols., 1996) apresenta, todavia, uma limitação metodológica: as análises de validade e as normas são baseadas em uma amostra de conveniência, composta predominantemente por universitários (76,7%) e do sexo feminino (65,2%). Ademais, ressalta-se que o referido estudo foi realizado há mais de uma década e meia, sendo necessário revisá-lo, inclusive no que tange à pertinência de se manter normas diferenciadas por sexo. O presente estudo procurou suplantar parcialmente essas lacunas por meio da verificação da existência de diferenças significantes entre homens e mulheres nos seis indicadores de saúde/doença mental produzidos pelo QSG e, conseqüentemente, a pertinência de normas diferenciadas por sexo a partir de uma amostra comunitária e aleatória da cidade de Divinópolis, Minas Gerais.

## MÉTODOS

### *Participantes*

Participaram voluntariamente do estudo 146 indivíduos, dos quais 66 eram homens e 70 mulheres, com renda familiar mensal entre um e 18 salários mínimos ( $M = 3,4$ ,  $DP = 2,27$ ) e idade entre 14 e 70 anos ( $M = 28,77$ ,  $DP = 11,27$ ). Do total, 28% completaram o ensino fundamental, 44% o ensino médio e 27% estavam cursando ou haviam concluído o ensino superior.

### *Procedimentos*

No protocolo de pesquisa, privilegiou-se a variabilidade em detrimento do tamanho amostral. Seis bairros da cidade de Divinópolis foram sorteados com base no seu perfil socioeconômico e demográfico (Fernandes, 2008): dois bairros de alta renda, dois bairros de renda média e dois de baixa renda (duas comunidades carentes). Nos bairros de alta e média renda, os participantes foram

selecionados por meio de um procedimento de aleatorização simples da rua e do número da residência, com base na lista telefônica. Nas comunidades carentes, devido à baixa representatividade da população na lista telefônica, as residências foram previamente selecionadas por meio de sorteio, com base em informações de logradouro disponibilizadas pela prefeitura da cidade.

Nos bairros de alta e média renda, a equipe de pesquisa abordou os participantes inicialmente pelo telefone, a fim de encorajá-los a participar da pesquisa, clarificar os procedimentos de coleta de dados e de divulgação dos resultados e agendar uma visita para a aplicação do instrumento. Nos bairros de baixa renda, os pesquisadores abordaram os moradores diretamente em suas residências durante o período diurno.

Os critérios de inclusão foram idade mínima de 15 anos e conclusão do ensino fundamental. Caso um indivíduo sorteado não pudesse ser incluído no estudo devido aos critérios de inclusão ou por ter declinado o convite de participação, o próximo número listado (ordem crescente) ou a casa vizinha eram selecionados e assim por diante.

Foram excluídos previamente das análises seis participantes. Cinco deles deixaram mais de 20% dos itens de pelo menos uma das subescalas do QSG em branco e um participante apresentou um padrão aleatório de resposta, caracterizado pela marcação alternada dos extremos da escala de mensuração. O Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido foi obtido de todos os participantes da pesquisa, previamente à coleta dos dados, tendo o mesmo sido aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do IPPEX-FACED.

### *Análise dos dados*

Todos os procedimentos estatísticos foram executados por meio do SPSS para Windows, com base nos escores totais obtidos em cada uma das dimensões avaliadas pela versão adaptada para o Brasil do QSG (Pasquali & cols., 1996). Diferenças nos escores produzidos pelo QSG entre os três grupos socioeconômicos (pertencentes aos bairros de alta, média e baixa renda) foram calculadas por meio de uma análise de variância simples (Anova de uma via) com correção de Bonferroni. A relação entre renda familiar e os indicadores do QSG foi analisada por meio de correlações bivariadas de Pearson. Finalmente, verificou-se, por meio de

análise de correlação, a associação entre os indicadores do QSG e a idade do respondente.

As diferenças de sexo foram estimadas utilizando Testes *t* para amostras independentes. O tamanho do efeito foi calculado por meio do coeficiente de diferença sigma ( $\sigma$  dif.) ou escore *d*. O escore *d* é expresso pela fórmula  $d=(M1 - M2)/s$ , sendo que *M1* representa o escore médio do primeiro grupo, *M2* se refere ao escore médio do segundo grupo e *s* representa a média dos desvios padrão de ambos os grupos. Um resultado positivo do escore *d* indica que o primeiro grupo apresentou uma média superior à do segundo grupo, e um resultado negativo indica o oposto (no presente estudo, as mulheres foram codificadas como sendo o primeiro grupo). Escores *d* menores ou iguais a 0,2 são considerados pequenos, escores *d* em torno de 0,5 são considerados moderados e escores iguais ou superiores a 0,8 são considerados elevados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo objetivou verificar a existência de diferenças significantes entre homens e mulheres nos indicadores de saúde mental providos pela administração da versão nacional de 60 itens do QSG em uma amostra comunitária. Ademais, objetivamos avaliar a pertinência de normas diferenciadas por sexo.

Não foram encontradas diferenças estatísticas significantes entre os grupos socioeconômicos: Tensão ou Estresse Psíquico,  $F=0,405$ ,  $p=0,66$ ; Desejo de Morte,  $F=0,18$ ,  $p=0,83$ ; Autoeficácia,  $F=0,435$ ,  $p=0,64$ ; Distúrbios do Sono,  $F=1,71$ ,  $p=0,18$ ; Distúrbios Psicossomáticos,  $F=0,919$ ,  $p=0,4$ ; e Gravidade de Doença Mental,  $F=0,334$ ,  $p=0,71$ . Correlações de Pearson entre os indicadores do QSG e renda familiar e os indicadores do QSG e idade na amostra total não produziram relações estatisticamente significantes. Assim, a estimação do efeito do sexo sobre os escores do QSG foram realizadas somente em relação à amostra total.

Diferenças moderadas e significantes em relação ao sexo foram encontradas para as escalas de Tensão ou Estresse Psíquico ( $t=3,38$ ;  $p=0,001$ ;  $d=0,57$ ), Autoeficácia ( $t=3,04$ ;  $p=0,003$ ;  $d=0,5$ ), Distúrbios Psicossomáticos ( $t=3,04$ ;  $p=0,003$ ;  $d=0,5$ ) e Gravidade de Doença Mental ( $t=2,41$ ;  $p=0,017$ ;  $d=0,4$ ). Para todas as situações referidas, as mulheres apresentaram médias superiores às dos homens. Nenhuma diferença significativa foi identificada nas escalas de Desejo de Morte ( $t=0,35$ ;  $p=0,72$ ) e de Distúrbios do Sono ( $t=0,77$ ,  $p=0,44$ ). A Tabela 1 detalha os resultados descritivos e inferenciais referentes ao presente estudo e ao estudo de adaptação do QSG para o Brasil (Pasquali & cols., 1996).

Tabela 1. Análises descritivas e inferenciais

Escalas	Estudo	Média (DP)		<i>T</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
		♀	♂			
Tensão ou Estresse psíquico	Pasquali & cols.	25,93 (7,68)	24,12 (6,66)	3,69	0,000	0,25
	Carvalho & cols.	27,94 (7,8)	23,71 (7,15)	3,38	0,001	0,57
Autoeficácia	Pasquali & cols.	33,49 (7,73)	32,04 (7,08)	2,84	0,005	0,19
	Carvalho & cols.	33,69 (7,96)	29,58 (8,37)	3,04	0,003	0,5
Distúrbios psicossomáticos	Pasquali & cols.	18,60 (5,08)	16,45 (4,23)	4,39	0,000	0,46
	Carvalho & cols.	18,86 (5,23)	16,24 (5,17)	3,04	0,003	0,5
Desejo de morte	Pasquali & cols.	10,68 (3,77)	10,54 (3,97)	0,48	0,633	#
	Carvalho & cols.	11,20 (4,82)	10,94 (4,03)	0,35	0,72	#
Distúrbios do sono	Pasquali & cols.	10,13 (3,78)	9,14 (2,85)	4,39	0,000	0,29
	Carvalho & cols.	11,65 (4,81)	11,07 (4,08)	0,77	0,44	#
Gravidade de doença mental	Pasquali & cols.	110,68 (24,07)	104,27 (21)	6,81	0,000	0,28
	Carvalho & cols.	111,1 (25,97)	100,8 (25)	2,41	0,017	0,4

Tomados em conjunto, nossos achados apresentam três implicações. As duas primeiras, uma de ordem metodológica e outra conceitual, se referem à inexistência de associações significantes entre renda familiar e os escores do QSG e a

identificação de diferenças moderadas entre homens e mulheres em saúde geral. A terceira se reporta à pertinência de se manter normas diferenciadas para homens e mulheres no QSG e, conseqüentemente,

as semelhanças e diferenças entre nossos achados e os do estudo de Pasquali e cols. (1996).

Evidências epidemiológicas (Kessler & cols., 2005) destacam que qualquer situação de desvantagem econômica e sociocultural se associa à maior ocorrência de transtornos mentais na população. Consistentemente, dados produzidos a partir da administração do QSG mostram que pessoas em condições socioeconômicas desfavoráveis apresentam piores indicadores de saúde mental (Winefield, Goldney, Winefield & Tiggemann, 1989; Stansfeld & Marmot, 1992). Nossos resultados não deflagraram associações significantes entre os indicadores produzidos pelo QSG e renda familiar, estando, desse modo, em desacordo com achados internacionais. Atribuímos tal inconsistência ao fato de termos utilizado, como principais elementos indexadores de nível socioeconômico, renda familiar e o local de residência, ao passo que outros estudos computam a variável nível socioeconômico por meio de múltiplos indicadores. Recomendamos a utilização, em estudos subsequentes, de medidas mais abrangentes para medir nível socioeconômico e verificar a associação entre nível socioeconômico e os indicadores do QSG.

Assim como previsto na literatura (Kessler, 2003), mulheres apresentaram indicadores moderadamente mais graves que homens em relação à provável presença de transtornos mentais menores. Tais diferenças se devem, hipoteticamente, ao efeito combinado de variáveis culturais relacionadas ao papel da mulher na sociedade com o de variáveis de risco hormonais e neurotróficos específicos da biologia feminina (Piccinelli & Wilkinson, 2000; Nolen-Hoeksema, 2001; Monteggia & cols., 2007).

Por fim, encontramos semelhanças e diferenças em relação ao estudo de adaptação e validação do QSG para o Brasil (Pasquali & cols., 1996). Em conformidade com ele, constatamos, por um lado, diferenças de sexo em Tensão ou Estresse Psíquico, Autoeficácia, Distúrbios Psicossomáticos e Gravidade de Doença Mental e, por outro lado, nenhuma diferença significativa em Desejo de Morte. Entretanto, nossos resultados diferem dos de Pasquali & cols. (1996) em relação à escala de Distúrbios do Sono, uma vez que não foram observadas, em nosso estudo, diferenças significantes em relação ao sexo. Outra dessemelhança se refere ao tamanho do efeito das diferenças de sexo encontradas: nossos achados indicam diferenças moderadas ( $d \approx 0,5$ ), ao passo

que o estudo de adaptação do instrumento apresenta um efeito mais modesto ( $d \approx 0,2$ ), com exceção da escala de Distúrbios Psicossomáticos, que apresentou efeito moderado ( $d \approx 0,46$ ).

Tais inconsistências estão, provavelmente, relacionadas às diferenças no procedimento de amostragem. Pasquali & cols. (2006) utilizam uma amostra mais ampla, porém homogênea. Contrastivamente, nosso procedimento de amostragem priorizou a aleatorização da amostra, produzindo um perfil mais heterogêneo.

O presente estudo apresenta virtudes e fragilidades associadas à amostra. Se, por um lado, a aleatorização permitiu produzir um grupo amostral mais heterogêneo e representativo, por outro lado, o número amostral é insuficiente para se tomar os dados como conclusivos. Entretanto, os dados apresentados, quando tomados em conjunto, disponibilizam evidências de que a construção de normas diferenciadas por sexo para o QSG é pertinente, mas que necessita de ajustes normativos. Ainda, a consonância entre dados epidemiológicos e as diferenças de sexo encontradas pode ser interpretada como um indicador de validade para a versão de 60 itens do QSG.

## REFERÊNCIAS

- Andrade L. H. S. G., Viana M. C. & Silveira C. M. (2006). Epidemiologia dos Transtornos Psiquiátricos na Mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33, 43-54.
- Andreoli S. B., Blay S. L. & Mari J. J. (2000). Escalas de rastreamento aplicadas na população geral. Em C. Gorenstein, L. H. S. G. Andrade & A. W. Zuardi (Orgs.). *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia* (pp. 45-52). São Paulo: Lemos.
- Carvalho, H. W., Patrick, C. J., Jorge, M. R. & Andreoli, S. B. (2011). Validation of the structural coherence of the General Health Questionnaire. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33, 59-63.
- Fernandes, L. M. (2008). *Mapa socioeconômico de Divinópolis*. Relatório de pesquisa não publicado. Instituto de Pós-Graduação, Extensão e Pesquisa, Faculdade de Administração, Ciências Contábeis e Econômicas de Divinópolis. Divinópolis: Minas Gerais.

- Foster, J. H., Peters T. J. & Marshall, E. J. (2000). Quality of life measures and outcome in alcohol-dependent men and women. *Alcohol*, 22, 45-52.
- Geckova, A. M., van Dijk, J. P., Zezula, I., Tuinstra, J., Groothoff J. W. & Post, D. (2004). Socio-economic differences in health among Slovak adolescents. *Sozial und Präventivmedizin*, 49, 26-35.
- Gili, M., Ferrer, V., Roca, M. & Bernardo, M. (1998). Gender differences in mental health: epidemiological study in the general population of the island of Formentera. *Actas luso-españolas de neurología, psiquiatría y ciencias afines*, 26, 90-96.
- Goldberg, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness*. Londres: Oxford University Press.
- Goldberg, D. (1985). Identifying psychiatric illness among general medical patients. *British Medical Journal*, 291, 61-62.
- Goldberg, D. & Bridges, K. (1987). Screening for psychiatric illness in general practice: the general practitioner versus the screening questionnaire. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 37, 15-18.
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P. & Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, 297, 897-99.
- Goldberg D. & Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER-Nelson.
- Gouveia, V. V., Chaves, S. S. S., Oliveira, I. C. P., Dias, M. R., Gouveia, R. S. V. & Andrade, P. R. (2003). A utilização do QSG- 12 na população geral: estudo de sua validade de construto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19, 241-248.
- Gouveia, V. V., Barbosa, G. A., Andrade, E. O. & Carneiro, M. B. (2010). Factorial validity and reliability of the *General Health Questionnaire* (GHQ-12) in the Brazilian physician population. *Cadernos de Saúde Pública*, 26, 1439-1445.
- Graetz B. (1991). Multidimensional properties of the General Health Questionnaire. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 132-38.
- Justo, L. P. & Calil, H. M. (2006). Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33, 74-79.
- Kessler R.C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74, 5-13.
- Kessler R. C., Chiu W. T., Demler O & Walters E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- Lee, D. T., Yip, W. C., Chen, Y., Meng, Q. & Kleinman, A. (2006). Ethno-psychometric evaluation of the General Health Questionnaire in rural China. *Psychological Medicine*, 36, 249-55.
- Patel, V., Araya, R., Chowdhary, N., King, M., Kirkwood, B., Nayak, S., Simon, G. & Weiss, H. A. (2008). Detecting common mental disorders in primary care in India: a comparison of five screening questionnaires. *Psychological Medicine*, 38, 221-228.
- Miranda, C. A., Tarasconi, C. V. & Scortegagna, A. S. (2008). Estudo epidêmico dos transtornos mentais. *Avaliação Psicológica*, 7, 249-257.
- Monteggia L. M., Luikart, B., Barrot, M., Theobald, D., Malkovska, I., Nef, S., Parada, L. F. & Nestler, E. J. (2007). Brain-Derived Neurotrophic Factor Conditional Knockouts Show Gender Differences in Depression-Related Behaviors. *Biological Psychiatry*, 61, 187-197.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 173-76.
- Oliveira, L. C. B & Chaves-Maia, E. M. (2008). Saúde Psíquica dos Profissionais de Saúde em Hospitais Públicos. *Revista de Saúde Pública*, 10, 405-413.
- Pasquali, L., Gouveia, V. V., Andriola, W. B., Miranda, F. J. & Ramos, A. L. M. (1996). *Questionário de Saúde Geral de Goldberg: manual técnico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Picinelli, M. & Wilkingson, G. (2000). Gender differences in depression. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 486-92.
- Salama-Younes, M., Montazeri, A., Ismaïl, A. & Roncin, C. (2009). Factor structure and internal consistency of the 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12) and the Subjective Vitality Scale (VS), and the relationship between them: a study from France. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7, 1-6.
- Sanchez-Lopez, M. P., Lopez-Garcia, J. J., Dresch, V. & Corbalan, J. (2008). Sociodemographic, psychological and health-related factors associated with poor mental health in Spanish women and men in midlife. *Women Health*, 48, 445-465.
- Sarriera, J. C., Moreira, M. C., Rocha, K. B., Duso, R. & Prikladnicki S. (2003). Paradigmas em Psicologia: compreensões acerca da saúde e dos estudos epidemiológicos. *Psicologia e Sociedade*, 15, 88-100.
- Sarriera J. C., Schwarcz, C. & Câmara, S. G. (1996). Bem-estar psicológico: análise fatorial da escala de Goldberg (GHQ-12) numa amostra de jovens. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 9, 293-306.
- Seedat, S., Scott, K. S., Angermeyer, M. C., Berglund, P., Bromet, E. J., Brugha, T. S., Demyttenaere, K., Girolamo, G., Haro, J. M., Jin, R., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Mora, M. E. M., Ono, Y., Ormel, J., Pennell, B. E., Posada-Villa, J., Sampson, N. A., Williams, D. & Kessler, R.C. (2009). Cross-National Associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry*, 66, 785-95.
- Segopolo, M. T., Selemogwe, M. S., Plattner, I. E., Ketlogetswe, N. & Feinstein, A. (2009). A screening instrument for psychological distress in Botswana: Validation of the Setswana Version of the 28-Item General Health Questionnaire. *International Journal of Social Psychiatry*, 55, 149-156.
- Stansfeld, S. A. & Marmot, M. G. (1992). Social class and minor psychiatric disorder in British Civil Servants: a validated screening survey using the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 22, 739-49.
- Thornley, C. N., Walton, V. A., Romans-Clarkson, S. E., Herbison, G. P. & Mullen, P. E. (1991). Screening for psychiatric morbidity in men and women. *New Zealand Medical Journal*, 104, 505-507.
- Weich, S., Sloggett, A. & Lewis, G. (2001). Social roles and the gender difference in rates of the common mental disorders in Britain: a 7-year, population-based cohort study. *Psychological Medicine*, 31, 1055-1064.
- Winefield, H. R., Goldney, R. D., Winefield, A. H. & Tiggemann, M. (1989). The General Health Questionnaire: Reliability and validity for Australian youth. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 23, 53-58.
- Vazquez, C., Alcaraz, F., Balsa, J. A., Zamarron, I., Arrieta, F. & Botella-Carretero, J. I. (2008). Prevalence of psychiatric cases in overweight or obese patients attended in a hospital outpatient. *Medicina Clinica*, 130, 41-46.
- Vazquez-Barquero, J. L., Williams, P., Diez-Manrique, J. F., Lequerica, J., & Arenal, A. (1988). The factor structure of the GHQ-60 in a community sample. *Psychological Medicine*, 18, 211-218.

Recebido em setembro de 2010

Reformulado em julho de 2011

Aceito em agosto de 2011

## SOBRE OS AUTORES

*Hudson W. de Carvalho*: psicólogo clínico e mestre em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal de Minas Gerais e doutorando do programa de pós-graduação em Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Federal de São Paulo.

*Miguel Roberto Jorge*: professor associado do Departamento de Psiquiatria e Pró-Reitor de Graduação da Universidade Federal de São Paulo.

*Sérgio Baxter Andreoli*: professor adjunto do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo.

