

PREVALÊNCIA DE QUADROS ANSIOSOS EM MULHERES ATENDIDAS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

TRACKING OF ANSIOUS FRAMEWORKS IN WOMEN ATTENDED IN BASIC HEALTH UNITS

Taciana Rodrigues Barbosa¹

Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli²

Resumo

Objetivo: Identificar quadros ansiosos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde do município de Vitória de Santo Antão- PE. **Método:** Estudo transversal com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 101 mulheres. Para a coleta de dados, foram utilizados um questionário sociodemográfico e um inventário de avaliação da Ansiedade (IDATE - Traço e Estado). **Resultados:** Quanto à avaliação da Ansiedade – Traço, o nível moderado de ansiedade apresentou maior percentual (n=76; 75,2%). Com relação à Ansiedade – Estado, os níveis de ansiedade foram: leve (n=57; 56,4%) e moderada (n=44 43,6%). Não se observou nível elevado de Ansiedade – Estado. **Considerações finais:** Alguns quadros ansiosos, por vezes, são transitórios e possuem relação com eventos diversos do cotidiano. Portanto, o enfermeiro, por meio da escuta qualificada das necessidades dessas mulheres e do acolhimento, é capaz de diminuir esses sintomas, assim como prevenir que eles ocorram, promovendo a saúde mental dessas usuárias.

Palavras chaves: Transtorno de ansiedade, mulheres, atenção básica.

¹ Discente do curso de graduação em Enfermagem do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco.

² Professora do curso de graduação em Enfermagem do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco.

Introdução

A ansiedade pertence ao espectro normal das experiências humanas e constitui uma das principais consequências do estresse. Pode se apresentar de forma aguda ou crônica, é caracterizada como um estado emocional desconfortável, acompanhado de uma série de alterações comportamentais e neurovegetativas. Experimentada em determinados níveis, a ansiedade é propulsora do desempenho; porém quando em intensidade excessiva deixa de ser um fator de proteção e passa a prejudicar o indivíduo e sua qualidade de vida¹.

As mulheres experimentam taxas mais elevadas de transtorno do humor e transtorno de ansiedade quando comparado com os homens, podem estar associado a variáveis relativas às condições de vida, às características sociodemográficas e bem como estrutura ocupacional^{2,3}.

Nas últimas décadas, ocorreram mudanças consideráveis no papel da mulher na sociedade, o que pode ter contribuído para o aumento dos problemas de saúde mental nessa população⁴.

A Organização Mundial de Saúde⁵(OMS), em suas dez recomendações para saúde mental no mundo, apontou a relevância da atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) para a promoção de saúde mental nas comunidades. Dentre essas recomendações, é dado destaque à função das equipes de saúde da atenção básica no desenvolvimento de ações visando o rastreamento, encaminhamento e monitoramento dos usuários que possuem transtornos mentais, dentre eles, a Ansiedade.

Para Mello e colaboradores, não há nenhum estudo representativo dos índices de prevalência de doença mental no Brasil, seja regional ou nacional. Entretanto, existem pesquisas relevantes que estimam a dimensão desse problema. Estes autores analisaram

estudos sobre a prevalência de transtornos mentais na população geral e encontraram um índice de 29% da população sofrem de alguma doença mental⁶.

Considerando ainda a população brasileira, verificou-se a escassez de estudos sobre a prevalência de transtornos mentais em usuários da atenção básica. As pesquisas com amostras representativas possuem mais de dez anos de publicação, contudo apresentam informações relevantes para a contextualização desta problemática no que tange a atenção primária.

Uma investigação multicêntrica realizada, no início dos anos 90, em 15 países, incluindo o Brasil, evidenciou alta prevalência de transtornos mentais entre os pacientes de Unidades Básicas de Saúde (UBS). A maioria dos sujeitos da pesquisa apresentou quadros depressivos (média de 10,4%) e ansiosos (média de 7,9%), de caráter agudo, com sintomatologia menos grave e que, por vezes, remitem espontaneamente^{7,8,9}. Esses transtornos apresentaram associação com indicadores sociodemográficos e econômicos desfavoráveis, tais como: pobreza, baixa escolaridade e ser do sexo feminino^{10,11} e a eventos de vida desencadeantes¹².

Considerando o impacto das variáveis de ordem emocional e social no agravamento dos sintomas de ansiedade em mulheres e com o intuito de ampliar o entendimento de tais variáveis, o presente estudo buscou identificar os quadros ansiosos em mulheres atendidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Método

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa realizado em quatro UBS localizadas na zona urbana do município da Vitória de Santo Antão – PE.

A população foi composta por mulheres acompanhadas nas respectivas UBS. A estimativa amostral foi calculada considerando os seguintes parâmetros: população infinita;

prevalência do fenômeno = aproximadamente 7,0% (0,7)¹³; e erro amostral de 5% (0,01). Dessa forma, a amostra foi estimada em 94 mulheres. Foi possível coletar 101 participantes e, portanto, esse valor compôs a amostra final.

As participantes foram selecionadas de forma consecutiva, à medida que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: mulheres maiores de 18 anos, alfabetizadas e acompanhadas pelas equipes de saúde das respectivas UBS. Apresentar algum desconforto físico ou alteração do estado mental que impossibilitasse ou dificultasse o preenchimento dos instrumentos foi o único critério de exclusão adotado. Além disso, foram excluídos os instrumentos com preenchimento incompleto.

Para a caracterização sociodemográfica, utilizou-se um questionário contendo as seguintes variáveis: idade, anos de estudo, religião, renda pessoal e familiar e ocupação. Outras variáveis consideradas pertinentes ao estudo também foram investigadas: transtorno mental diagnosticado, história de doença mental na família e tentativa de suicídio.

Para a identificação dos quadros ansiosos, aplicou-se o Inventário de Ansiedade Traço – Estado (IDATE). Desenvolvido por Spielberger, Gorsuch e Lushene (1970), traduzido e adaptado para o Brasil por Biaggio¹⁴, o IDATE é composto por 40 itens, dos quais 20 avaliam a Ansiedade – Traço e os outros 20 a Ansiedade – Estado.

Entende-se por Ansiedade – Traço, um aspecto mais estável relacionado à propensão do indivíduo para lidar com maior ou menor ansiedade aos eventos ao longo de sua vida. O estado de ansiedade reflete uma reação transitória diretamente relacionada a uma situação de adversidade que se apresenta em dado momento¹⁵.

De acordo com esse inventário, a escala de ansiedade - estado requer que o participante descreva como se sente "agora, neste momento". Os itens são pontuados em uma escala likert de quatro pontos: 1- absolutamente não; 2 - um pouco; 3 - bastante; 4 - muitíssimo. De maneira semelhante, a escala de ansiedade - traço também é composta por 20

itens, mas o participante recebe a instrução de que deve responder como "geralmente se sente". Os itens são respondidos por meio de uma outra escala likert de quatro pontos: 1- quase nunca; 2 - às vezes; 3 - freqüentemente; 4 - quase sempre¹⁶.

A pontuação global de cada dimensão da escala (traço e estado) varia de 20 a 80 pontos. Os níveis de ansiedade estão distribuídos em três categorias: baixo (20 - 40 pontos), médio (41 - 60 pontos) e alto (61 - 80 pontos)^(17,18,19).

A coleta de dados ocorreu no período de março a maio de 2017, por meio de entrevista, em um espaço reservado da UBS, e foi realizada por quatro acadêmicas do curso de graduação em Enfermagem, previamente treinadas, que já haviam cursado a disciplina Enfermagem em Saúde Mental. As participantes foram devidamente orientadas sobre as ferramentas de medida e as pesquisadoras estiveram disponíveis, a todo momento, para esclarecimentos.

Após a coleta, os dados foram organizados em uma planilha do software excel e analisados com o auxílio do SPSS versão 21.0. A análise ocorreu por meio de frequências absolutas, relativas e estatísticas descritivas (média e desvio-padrão).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE), por meio do protocolo nº55160016.7.0000.5208. O estudo atendeu aos requisitos formais contidos na resolução 466/12.

Resultados

As mulheres apresentaram em média 32,59 anos ($\pm 12,78$). A ocupação dona de casa ($n=45$; 44,6%) foi a mais frequente. As religiões católica ($n=55$; 54,5%) e evangélica ($n=31$; 30,7%) foram as mais citadas. Quanto à classificação econômica, 31,7% ($n=32$) pertencem à

classe B2, 26,7% (n=27) são da classe C2, 15,8% (n=16) estão na classe C1e 12,9% (n=13) na classe D-E. Sobre os aspectos referentes à doença mental, 6,9% (n=7) referiram ter um diagnóstico de transtorno mental. A doença mental depressão foi a mais relatada (n=5; 5,0%). Aproximadamente 22,0% afirmaram que há casos de doença mental na família. Um percentual de 14,9% (n=15) relatou ter tentado suicídio em algum momento da vida. O número de tentativas variou de 1 (n=10) a 4 vezes (n=1).

Quanto à avaliação da Ansiedade – Traço, a pontuação variou de 32 a 67, com média de 45,37 ($\pm 6,89$). Os percentuais para os níveis de ansiedade foram: leve (n=23; 22,8%), moderada (n=76; 75,2%) e alta (n=2; 2,0%). Os itens que apresentaram maior média de pontuação foram: 1, 7, 10, 13, 14, 16, 19 e 20. Outras informações estão contidas na tabela 1.

Tabela 01: Descrição dos itens componentes do IDATE – Traço. Vitória de Santo Antão, 2017

IDATE – Traço	Escala de pontuação							
	1		2		3		4	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1.Sinto-me bem	5	5	42	41,6	30	29,7	24	23,8
2.Canso-me facilmente	25	24,8	47	46,5	18	17,8	11	10,9
3.Tenho vontade de chorar	36	35,6	44	43,6	13	12,9	8	7,9
4.Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser	35	34,7	34	33,7	17	16,8	15	14,9
5.Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	34	33,7	45	44,6	9	8,9	13	12,9
6.Sinto-me descansado	28	27,7	42	41,6	24	23,8	7	6,9
7.Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo	16	15,8	42	41,6	21	20,8	22	21,8
8.Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver	42	41,6	33	32,7	11	10,9	15	14,9
9.Preocupo-me demais com as coisas sem importância	36	35,6	34	33,7	19	18,8	12	11,9
10.Sou feliz	8	7,9	27	26,7	35	34,7	31	30,7
11.Deixo-me afetar muito pelas coisas	30	29,7	43	42,6	14	13,9	14	13,9
12.Não tenho muita confiança em mim mesmo	34	33,7	42	41,6	14	13,9	11	10,9
13.Sinto-me seguro	16	15,8	39	38,6	19	18,8	27	26,7

14.Evito ter que enfrentar crises ou problemas	21	20,8	36	35,6	18	17,8	26	25,7
15.Sinto-me deprimido	52	51,5	33	32,7	7	6,9	9	8,9
16.Estou satisfeito	11	10,9	37	36,6	21	20,8	32	31,7
17.Idéias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando	32	31,7	42	41,6	11	10,9	16	15,8
18.Levo os despontamentos tão a sério que não consigo tira-lo da cabeça	40	39,6	31	30,7	13	12,9	17	16,8
19.Sou uma pessoa estável	7	6,9	45	44,6	24	23,8	25	24,8
20.Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento	20	19,8	43	42,6	13	12,9	25	24,8

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: 1 – Quase nunca; 2 – Às vezes; 3 – Frequentemente; 4 – Quase sempre.

Com relação à avaliação da Ansiedade – Estado, a pontuação variou de 27 a 56, com média de 40,32 ($\pm 5,91$). Os percentuais para os níveis de ansiedade foram: leve (n=57; 56,4%) e moderada (n=44 43,6%). Não se observou nível elevado de ansiedade. Os itens que apresentaram maior média de pontuação foram: 1, 2, 5, 11, 19 e 20. A tabela 2 contém os dados detalhados sobre a Ansiedade – Estado.

Tabela 02: Descrição dos itens componentes do IDATE – Estado. Vitória de Santo Antão, 2017

IDATE – Estado	Escala de pontuação							
	1		2		3		4	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1.Sinto-me calmo	14	13,9	42	41,6	32	31,7	13	12,9
2.Sinto-me seguro	15	14,9	34	33,7	33	32,7	19	18,8
3.Estou tenso	50	49,5	43	42,6	6,0	5,9	2	2,0
4.Estou arrependido	73	72,3	15	14,9	9	8,9	4	4,0
5.Sinto-me a vontade	14	13,9	37	36,6	24	23,8	26	25,7
6.Sinto-me perturbado	69	68,3	21	20,8	7	6,9	4	4,0
7.Estou preocupada com possíveis infortúnios	51	50,5	36	35,6	7	6,9	7	6,9
8.Sinto-me descansado	28	27,7	45	44,6	17	16,8	11	10,9
9.Sinto-me ansioso	30	29,7	42	41,6	12	11,9	17	16,8
10.Sinto-me em casa	30	29,7	31	30,7	22	21,8	18	17,8
11.Sinto-me confiante	14	13,9	42	41,6	24	23,8	21	20,8
12.Sinto-me nervoso	43	42,6	42	41,6	10	9,9	6	5,9
13.Estou agitado	68	67,3	23	22,8	6	5,9	4	4,0
14.Sinto-me uma pilha de nervos	73	72,3	18	17,8	6	5,9	4	4,0
15.Estou descontraído	41	40,6	46	45,5	11	10,9	3	3,0
16.Sinto-me satisfeito	24	23,8	44	43,6	24	23,8	9	8,9
17.Estou preocupado	45	44,6	37	36,6	12	11,9	7	6,9

18.Sinto-me confuso	46	45,5	41	40,6	9	8,9	5	5,0
19.Sinto-me alegre	12	11,9	40	39,6	30	29,7	19	18,8
20.Sinto-me bem	9	8,9	38	37,6	26	25,7	28	27,7

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: 1 – Absolutamente não; 2 – Um pouco; 3- Bastante; 4 – Muitíssimo.

Discussão

As mulheres apresentaram em média 32,59 anos ($\pm 12,78$). A ocupação dona de casa (n=45; 44,6%) foi a mais frequente. As religiões católica (n=55;54,5%) e evangélica (n=31; 30,7%) foram as mais citadas. Quanto à classificação econômica, 31,7% (n=32) pertencem à classe B2, 26,7% (n=27) são da classe C2, 15,8% (n=16) estão na classe C1 e 12,9% (n=13) na classe D-E.

Diante dos dados apresentados relacionados a idade, as mulheres jovens apresentam a maior prevalência diante desse estudo. Essa visão quanto ao gênero, reflete significativamente os transtornos em mulheres devido a possível desvalorização dela na sociedade, a sobrecarga de trabalho a qual se submetem a um grande desgaste tanto no emprego como no próprio lar, levando também em consideração aos índices de violência sofrido pelo parceiro afetivo-sexual. As mulheres tendem a perceber mais fácil o adoecimento, expressando seus sintomas e consequentemente vão a procura dos serviços de saúde²⁰.

De acordo com o estudo de Roselma et al, a ocupação corresponde a uma variável que apresenta relevante contribuição para a ocorrência de Transtorno Mental Comum (TMC), incluindo os sintomas ansiosos. Apresentando intimamente risco de depressão e ansiedade, por estarem ativamente cumprindo com as atividades domésticas, tendendo a se isolarem e abdicarem da profissão e do convívio social²¹.

A respeito da renda mensal avaliada nesse estudo, verificou-se que 39,6% (C2 e DE) das mulheres recebem mensalmente menos de um salário mínimo, 60% pertencem a classe B e C, quando comparamos ao estudo de Roselma²² que avaliou o mesmo critério para avaliar

renda mensal, sugere que essa baixa renda tenha reflexo na probabilidade de desenvolverem algum indício de TMC. Uma relação inversa às pessoas com melhor poder aquisitivo, acima de quatro salários mínimos, também foi observada e corroborada com pesquisa prévia em que foi constatado que as baixas rendas familiares dos participantes sinalizavam a ocorrência de transtornos mentais²².

No estudo da Ansiedade, encontramos dois conceitos distintos: a ansiedade-estado, referente a um estado emocional transitório, caracterizado por sentimentos subjetivos de tensão que podem variar em intensidade ao longo do tempo, e a ansiedade-traço, a qual se refere a uma disposição pessoal, relativamente estável, a responder com ansiedade a situações estressantes e uma tendência a perceber um maior número de situações como ameaçadoras²³.

Evidenciou-se que a Ansiedade Traço - Estado foi encontrada em todas as mulheres do estudo, seja em níveis leves ou moderados. O nível elevado foi encontrado somente na dimensão Traço.

Dessa forma, é premente a implementação de estratégias de promoção à saúde mental e prevenção do sofrimento psíquico, sobretudo quanto à avaliação e abordagem dos sintomas ansiosos em mulheres, no âmbito da atenção básica.

Esses estados ansiosos, por vezes, são transitórios e possuem relação com eventos diversos do cotidiano. Portanto, o enfermeiro, por meio da escuta qualificada das necessidades dessas mulheres e do acolhimento, é capaz de diminuir esses sintomas, assim como prevenir que eles ocorram, promovendo a saúde mental dessas usuárias.

O pesquisa apresenta limitações descritas a seguir. A natureza do estudo (transversal) retrata somente a realidade do momento em que a coleta de dados foi realizada. Buscou-se a colaboração dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das UBS lócus desta pesquisa para que os mesmos acompanhassem a equipe de pesquisa ao domicílio da participante. Entretanto, os ACS apresentaram dificuldades para acompanhar as pesquisadoras. Além disso, é

importante informar que o território de abrangência das UBS possui locais com elevada periculosidade, inviabilizando, assim, a coleta de dados por meio de visita domiciliar desacompanhada. Diante disso, não foi possível selecionar as mulheres de forma probabilística.

Sugere-se a realização de outros estudos voltados para a identificação de quadros ansiosos na atenção básica com a utilização de outros instrumentos de rastreio e com amostras probabilísticas a fim de disponibilizar dados com menos vieses que possam embasar o cuidado de enfermagem na promoção da saúde mental da mulher.

Referências

1. Ferreira AH., Godoy PBG, Oliveira NRCD, Diniz RAS, Diniz REAS, Padovani RDC, & Silva RCB. Investigation of depression, anxiety and quality of life in patients with knee osteoarthritis: a comparative study. *Rev. Bras. de Reumat* 2015; 55(5), 434-438. Disponível em < <http://www.apjhs.com/pdf/Assessment-of-depression-anxiety-and-stress-among-the-anaemia-in-pregnantwomen-attending-selected-health-care-facilities-in-Sebha-Libya.pdf>>.
2. Araújo TMD, Pinho PDS, & Almeida MMD. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev. bras. saúde materno Infantil* 2005, 337-348. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n3/a10v5n3.pdf>>.
3. Kaspper LDS, & Schermann LB. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em usuárias de um Centro de Referência de Assistência Social de Canoas/RS. *Aletheia* 2014; (45), 168-176. Disponível em <

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942014000200013>.

4. Rocha SV, Araújo TMD, AlmeidaMMGD, & Virtuoso Júnior J S. Prática de atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre residentes de um município do Nordeste do Brasil. *Rev.Bras Epidemiol* 2012; 15(4), 871-883. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbcdh/v13n4/03.pdf>>.
5. World Health Organization. The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope. *World Health Organization* 2001. Disponível em <<http://www.who.int/whr/2001/en/>>.
6. Mari JDJ, Jorge MR, Kohn R, Mello MFM, Mello AAF, & Kohn R. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. Mello MF, Mello AAF, Kohn R, organizadores. *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre (RS): Artmed 2007; 119-41. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n3/a11v59n3.pdf>>.
7. Gureje O, Simon GE, Ustun TB, & Goldberg DP. Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *American Journal of Psychiatry* 1997; 154(7), 989-995. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9210751>>.
8. Piccinelli M, & Simon G. Gender and cross-cultural differences in somatic symptoms associated with emotional distress. An international study in primary care. *Psychological Medicine* 1997; 27(02), 433-444. Disponível em <<https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/gender-and-crosscultural-differences-in-somatic-symptoms-associated-with-emotional-distress-an-international-study-in-primary-care/94CE655F837C4B30CC4D8485CE7B9016>>.
9. Üstün TB, & Sartorius N. Mental illness in general health care: an international study. *John Wiley & Sons* 1995;

10. Lewis G, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B, Jenkins R, & Meltzer H. Socioeconomic status, standard of living, and neurotic disorder. *The Lancet* 1998; 352(9128), 605-609.
11. Ludermir AB, & Lewis, G. Links between social class and common mental disorders in Northeast Brazil. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2001; 36(3), 101-107. Disponível em < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11465780>>.
12. Lopes CS, FaersteinE, &Chor D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cad. de Saúde Públ.*2003; 19(6), 1713-1720. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a15v19n6.pdf>>.
13. Kinrys G, Wygant LE. Transtornos de Ansiedade em mulheres: gênero influencia o tratamento? *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2005; 27 (Supl II): S43-50. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27s2/pt_a03v27s2.pdf>.
14. BiaggioAMB, & Natalício L. Manual para o inventário de ansiedade Traço-Estado (IDATE). Centro Editor de Psicologia Aplicada: CEPa. 1979. Rio de Janeiro.
15. CattellRB,&Scheier IH. . The meaning and measurement of neuroticism and anxiety. 1961 Disponível em < <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1962-01191-000>>.
16. Gonçalves TF, & de Medeiros VCC. A visita pré-operatória como fator atenuante da ansiedade em pacientes cirúrgicos. *Rev. SOBECC* 2016; 21(1), 22-27.
17. Biaggio AMB, Natalício L, Spielberguer CD. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de ansiedade traço-estado (IDATE) de Spielberguer. *Arq. Bras. Psicol. Apl.* 1977;29:31-44. Disponível em< <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abpa/article/view/17827>>.
18. Jussani NC, Serafim D, Marcon SS. Rede social durante a expansão da família. *Rev. Bras. Enferm.* 2007;60(2):184-9. Disponível em < <http://pesquisa.bvsalud.org/sms/resource/pt/mdl-17585525>>.

19. Araújo DMR, Pacheco AHRN, Pimenta AM, Kac G. Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma coorte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil* 2008;8(3):333-40. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000300013>.
20. Ludermir AB. Class and gender inequalities and mental health in the cities. *Physis: Rev. de Saúde Colet.* 2008; 18(3), 451-467. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000300005>.
21. Lucchese R, de Sousa K, do Prado Bonfin S, Vera, I, & Santana FR. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. *Acta Paul Enferm.* 2014; 27(3):200-7. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/1982-0194-ape-027-003-0200.pdf>>.
22. Moreira JKP, Bandeira M, Cardoso CS, & Scalón JD. Prevalence of common mental disorders in the population attended by the Family Health Program. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2011; 60(3), 221-226. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852011000300012>.
23. Gama MMA, Moura GS, Araújo RF, & Teixeira-Silva F. Trait anxiety in Brazilian university students from Aracaju. *Rev. de Psiq. do RS* 2008; 30(1), 19-24. Disponível em < www.scielo.br/pdf/rprs/v30n1/v30n1a07>.

