

PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM MULHERES DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

PREVALENCE OF COMMON MENTAL DISORDERS IN WOMEN OF BASIC HEALTH UNITS

Gabriella Oliveira Albuquerque Lins¹, Jaqueline Galdino Albuquerque Perelli¹, Fernanda Jorge Guimarães¹

RESUMO

Objetivo: Identificar os Transtornos Mentais Comuns e sofrimento psíquico em mulheres atendidas em Unidades Básicas de Saúde. **Método:** Estudo transversal de abordagem quantitativa realizado no período de março a maio de 2017. A amostra foi composta por 101 mulheres atendidas em UBS em um município do agreste Pernambucano. Para a coleta de dados foram utilizados o *Self Report Questionnaire* (SRQ-20), a Escala Breve de Sofrimento de Kessler (K-10) e um questionário com dados sociodemográficos. **Resultados:** Os Transtornos Mentais Comuns foram identificados em 40,6% das mulheres. A taxa de sofrimento psíquico foi de 37,6%. **Conclusão:** Foi identificada uma elevada taxa de TMC e de sofrimento mental nas mulheres atendidas nas UBS. Sendo assim, faz-se necessário que haja um acompanhamento com essas mulheres e que sejam implantadas estratégias para prevenir a agudização e progressão desses quadros e manejá-los ainda na atenção primária, evitando encaminhamentos desnecessários para outros serviços de saúde mental.

Palavras-chave: Transtornos Mentais Comuns; Saúde Mental; Mulheres.

¹ Universidade Federal de Pernambuco. Centro Acadêmico de Vitória. Núcleo de Enfermagem.

Introdução

A concepção do transtorno mental como um problema de saúde pública deu-se a partir de 1996 quando pesquisadores da Universidade de Harvard e da Organização Mundial de Saúde (OMS) publicaram um estudo cujos resultados mostraram que dentre as 10 principais causas de incapacitação em todo o mundo, cinco delas estavam associadas aos transtornos mentais, entre elas a depressão (13%), uso abusivo de álcool (7,1%), os distúrbios afetivos bipolares (3,3%), a esquizofrenia (4%) e os distúrbios obsessivo-compulsivos (2,8%)^{1,2}.

Uma investigação multicêntrica realizada, no início dos anos 90, em 15 países, incluindo o Brasil, evidenciou alta prevalência de transtornos mentais entre os usuários de UBS^{3,4,5}. A maioria dos participantes 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. Esses transtornos estiveram associados com indicadores sociodemográficos e econômicos desfavoráveis, tais como: pobreza, baixa escolaridade e ser do sexo feminino^{6,7} e a eventos de vida desencadeantes⁸.

Esses quadros têm sido denominados Transtornos Mentais Comuns (TMC) e são definidos como “transtornos que são comumente encontrados nos espaços comunitários, cuja presença assinala uma alteração em relação ao funcionamento normal”⁹. Caracterizam-se por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas¹⁰.

Estudos apontam que o TMC é uma das maiores causas de incapacidade funcional e que acometem em maior número as mulheres e populações economicamente mais desfavorecidas^{11,12}. Fatores como a baixa escolaridade e ser do sexo feminino quando associados a baixas condições de vida e condições ruins de trabalho, fazem com que o risco

para o desenvolvimento de TMC aumente. Estudos epidemiológicos realizados em áreas urbanas e rurais mostram que a prevalência do surgimento desses transtornos são maiores nas mulheres^{13,14}.

As relações entre os TMC e as desigualdades de gênero têm recebido destaque na literatura, uma vez que um dos resultados mais persistentes é que as mulheres apresentam uma prevalência duas a três vezes maior que a dos homens^{15,16}. Esse resultado vem se confirmando em alguns estudos^{17,18}, nos quais os fatores sociodemográficos associados aos TMC têm evidenciado diferenças importantes entre homens e mulheres¹⁹.

No âmbito da atenção primária de um município localizado na zona da mata pernambucana, as pesquisadoras perceberam que as equipes de saúde da família relatam a existência de usuárias com sintomatologias de transtornos mentais no território, porém referem dificuldades para identificá-los e para acolhê-los no âmbito da atenção básica. Tais obstáculos devem-se, em parte, a inexistência de dados confiáveis sobre como essas patologias se distribuem na população, quais os fatores que contribuem para o seu aparecimento, ou seja, como se estabelece o processo saúde-doença mental. Sendo assim, objetivo desse trabalho foi identificar os transtornos mentais comuns e sofrimento psíquico em mulheres atendidas em Unidades Básicas de Saúde do município de Vitória de Santo Antão- PE.

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 = 44,17% (0,441)²⁰ e erro amostral de 10,0% (0,1). Dessa forma, a amostra foi estimada em 94 mulheres. Entretanto, foi possível coletar 101 usuárias e, portanto, este valor correspondeu 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. Utilizou-se também o Self Report Questionnaire (SRQ-20); e a Escala Breve de Sofrimento de Kessler (K-10).

Quanto à identificação dos TMC, foi aplicado o *Self Report Questionnaire* (SRQ-20). Esse instrumento é indicado pela OMS para estudos na atenção primária à saúde em virtude de sua fácil aplicação e do custo reduzido ²¹. Trata-se de um questionário elaborado por Harding *et al.* (1980)²², composto por 20 itens cujas respostas são dicotômicas (sim/não). Cada resposta afirmativa pontua com o valor 1 para compor o escore final por meio do somatório desses valores. Os escores obtidos estão relacionados com a probabilidade de presença de transtorno não psicótico (sintomas depressivos, ansiosos e somáticos), variando de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade). Para que seja identificada a presença de TMC, faz-se necessário que o participante atinja uma pontuação acima de 7²¹.

O sofrimento psíquico foi avaliado por meio da Escala Breve de Sofrimento de Kessler (K-10). Trata-se de um questionário composto por 10 itens destinado a fornecer uma medida de angústia baseada em questões sobre ansiedade e sintomas depressivos que uma pessoa experimentou no período mais recente de quatro semanas. Cada item é pontuado em uma escala cinco pontos (5: O tempo todo; 4: A maior parte do tempo; 3: Parte do tempo; 2: Um pouco; 1: Nunca). Os valores possíveis variam de 10 até 50. Para o cálculo dos escores totais, deve-se, inicialmente, inverter a escala de cinco pontos e, posteriormente, efetuar o somatório das respostas. O ponto de corte sugestivo de sofrimento psíquico é 24.

A coleta de dados ocorreu no período de março a maio de 2017, por meio de um questionário, 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 o momento, para esclarecimentos. As participantes da pesquisa foram informadas sobre os objetivos e os procedimentos do estudo, foram assegurados do sigilo das informações fornecidas e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, antes do início da entrevista.

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 e relativas, estatísticas descritivas (média e desvio-padrão) e testes de associação estatística (Qui-quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher) definidos de acordo com a frequência de ocorrência das variáveis. O nível de significância estatística para a análise desses testes foi de 5% (0,05).

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 nº 55160016.7.0000.5208. O estudo atendeu aos requisitos formais contidos na resolução 466/12.

Resultados

Os Dados mostram que a idade média das mulheres foi de 32,59 anos ($\pm 12,78$) e 10,46 anos de estudo ($\pm 3,97$). Dona de casa foi a ocupação mais frequente ($n=45$; 44,6%). 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.

Sobre os aspectos referentes à doença mental, 6,9% ($n=7$) referiram ter um diagnóstico confirmado de transtorno mental. A doença mental depressão foi o TMC mais relatado ($n=5$; 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 ($n=1$).

Com relação aos resultados do SRQ, observou-se que 40,6% das mulheres ($n=41$) apresentaram pontuação sugestiva de TMC. A pontuação média foi de 6,57 pontos ($\pm 4,50$). O teste de Kolmogorov-Smirnov mostrou que os dados seguem uma distribuição normal ($p=0,158$). Maiores detalhes estão contidos na tabela 1.

Tabela 1: Descrição das respostas aos itens componentes do *Self Report Questionnaire*. Vitória de Santo Antão, 2017.

<i>Self Report Questionnaire</i>	Respostas	N	%
1. Você tem dores de cabeça?	S	42	41,6
	N	59	58,4
2. Tem falta de apetite?	S	34	33,7
	N	67	66,3
3. Dorme mal?	S	42	41,6
	N	59	58,4

4. Assusta-se com facilidade?	S	44	43,6
	N	57	56,4
5. Tem tremores nas mãos?	S	27	26,7
	N	74	73,3
6. Sente-se nervosa, tensa ou preocupada?	S	72	71,3
	N	29	28,7
7. Tem má digestão?	S	26	25,7
	N	75	74,3
8. Tem dificuldades de pensar com clareza?	S	39	38,6
	N	62	61,4
9. Tem se sentido triste ultimamente?	S	38	37,6
	N	63	62,4
10. Tem chorado mais do que de costume?	S	20	19,8
	N	81	80,2
11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	S	36	35,6
	N	65	64,4
12. Tem dificuldades para tomar decisões?	S	46	45,5
	N	55	54,5
13. Tem dificuldade no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	S	13	12,9
	N	88	87,1
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	S	15	14,9
	N	86	85,1
15. Tem perdido interesse pelas coisas?	S	30	29,7
	N	71	70,3
16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	S	9	8,9
	N	92	91,1
17. Tem tido ideia de acabar com a vida?	S	6	5,9
	N	95	94,1
18. Sente-se cansada o tempo todo?	S	37	36,6
	N	64	63,4
19. Você se cansa com facilidade?	S	52	51,5
	N	49	48,5
20. Tem sensações desagradáveis no estômago?	S	36	35,6
	N	65	64,4

Fonte: dados da pesquisa

Legenda: S: Sim; N: Não.

Sobre a avaliação do sofrimento psíquico a partir da escala K-10, 37,6% (n=38) apresentaram quadro de sofrimento mental. A média de pontuação foi de 18,07 ($\pm 7,34$). Outras informações estão apresentadas na tabela 2.

Tabela 2: Descrição dos itens componentes da Escala de Sofrimento Psíquico (K-10). Vitória de Santo Antão, 2017

Escala de sofrimento psíquico (K-10)	Escala de pontuação									
	5		4		3		2		1	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Durante os últimos 30 dias, com que frequência você se sentiu...										
A.... exausta sem um bom motivo?	7	6,	7	6,	7	6,	5	53	2	25
B....nervosa?	5	5,	1	9,	1	16	4	46	2	21
C....tão nervosa que nada podia acalmá-la?	1	1,	6	5,	3	3,	2	23	6	66
		0		9		0	4	,8	7	,3
D....sem esperança?	2	2,	4	4,	5	5,	2	24	6	64
E....inquieta ou agitada?	3	3,	1	9,	1	10	4	42	3	33
F....tão inquieta que você não conseguia ficar parada?	2	2,	5	5,	4	4,	2	26	6	62
G....deprimida?	3	3,	9	8,	7	6,	2	21	6	59
H.... tão deprimida que nada conseguia animá-la?	2	2,	3	3,	6	5,	1	10	7	78
I. Durante os últimos 30 dias, com que frequência você sentiu que tudo era um esforço?	8	7,	7	6,	1	15	3	37	3	31
		9		9	6	,8	8	,6	2	,7
J....sem valor?	3	3,	5	5,	4	4,	2	21	6	66

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: 5: O tempo todo; 4: A maior parte do tempo; 3: Parte do tempo; 2: Um pouco; 1: Nunca.

Discussão

Observou-se um elevado percentual de mulheres com quadros sugestivos de TMC. Esse achado não é singular, pois estudos anteriores trazem resultados equivalentes^{23,24,25}. O estudo de Vidal *et al.*²⁶, com uma amostra de mulheres prostitutas, evidenciou uma prevalência de 57,9% de TMC e, dentre as variáveis socioeconômicas, o baixo nível de escolaridade mostrou associação com esse transtorno. Nesta pesquisa, as participantes apresentaram, em média, 10 anos de estudo, o que corresponde, em linhas gerais, ao ensino fundamental completo.

Sobre a descrição dos itens do SRQ, as questões 1, 3, 4, 6, 12 e 19 mostraram maiores percentuais de respostas do tipo “sim”. As questões tratam respectivamente dos seguintes aspectos: dores de cabeça, dificuldade para dormir, facilidade em se assustar, nervosismo/tensão/preocupação, dificuldade na tomada de decisões e cansaço. Nos TMC alguns sentimentos como dificuldade para dormir, dores de cabeça, nervosismo, preocupação

e cansaço, estão relacionados à pior qualidade de vida dos indivíduos, visto que esses sentimento fazem com que as atividades cotidianas sejam alteradas.²⁷ .

Em relação aos fatores socioeconômicos, na literatura podemos encontrar que baixa escolaridade, pobreza, desemprego e baixas condições de moradia estão altamente relacionados ao surgimento de TMC, principalmente em mulheres^{11,28}. A literatura nos mostra que os TMC são inversamente proporcionais a esses fatores. Ou seja, quanto menor o nível de socioeconômico do indivíduo, maiores são as chances para o desenvolvimento dos TMC^{29, 20, 30,31,32,13,15,10,33,34}. Há estudos que mostram a associação entre os TMC e a sobrecarga de trabalho em mulheres³⁰. Dentre os aspectos referentes ao trabalho doméstico associado aos sintomas depressivos, ansiosos ou psicossomáticos destacam-se a rotinização e as interrupções constantes das atividades realizadas³⁵. Um estudo realizado em Feira de Santana, na Bahia, mostrou que a prevalência global de TMC foi 39,4%. Mulheres com alta sobrecarga doméstica apresentaram prevalência de TMC mais elevada (48,1%) do que mulheres com baixa sobrecarga (22,5%)³⁶.

A literatura mostra que os transtornos mentais comuns podem se manifestar através de vários sintomas, tais como queixas somáticas inespecíficas, irritabilidade, falta de sono, nervosismo, cefaleia, cansaço, esquecimento, falta de concentração, assim como várias manifestações que poderiam se caracterizar como sintomas de sofrimento psíquico^{11xx}. Estudos apontam que as queixas somáticas inespecíficas, que não são classificáveis nos manuais diagnósticos médicos ou psiquiátricos, podem estar relacionadas às relações sociais, familiares, laborativas e econômicas¹³.

Sobre a avaliação da escala de sofrimento psíquico, foi possível observar que 37,6% das participantes apresentaram sofrimento mental. Os itens A (sensação de exaustão), B (nervosismo), E (inquietação/agitação) e I (esforço para realizar qualquer atividade)

apresentaram maiores médias de escores na escala K-10. Um estudo realizado com ACS em seis unidades básicas de saúde no município de São Paulo mostrou que o risco para o desenvolvimento de TMC e sofrimento psíquico em pessoas com exaustão e sensação de exaustão no trabalho era maior do que nos profissionais que relataram não sentirem exaustos³⁷.

Os acontecimentos que podem trazer uma insatisfação, estresse, baixa autoestima, fazem com que aumentem as chances para o aparecimento dos transtornos mentais comuns. Outros fatores relevantes ao aumento do TMC são internações hospitalares, problemas interpessoais, mudanças de moradia, acesso desigual aos cuidados de saúde, problemas de saúde, desemprego, condições inadequadas de habitação e ser vítima de violência e criminalidade¹¹

Esta pesquisa revelou uma alta prevalência de quadros sugestivos de TMC em mulheres atendidas em UBS. É premente a necessidade de modificar o modelo dos serviços de saúde para a comunidade, sobretudo quanto ao acolhimento das demandas em saúde mental. É importante que o enfermeiro e os demais profissionais de saúde que atuam na atenção básica possam identificar os quadros de TMC ainda nas unidades, e a partir daí implementar estratégias para prevenir a progressão e agudização dos casos. Assim, são evitados encaminhamentos desnecessários e o problema pode ser solucionado de forma mais rápida e mais eficaz.

A 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 TMC na atenção primária 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. Kessler RC, McGonagle KA, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 51(1), 8-19. (1994). Disponível em <https://www.researchgate.net/profile/Christopher_Nelson3/publication/14919226_Lifetime_and_12-month_Prevalence_of_DSM-III-R_Psychiatric_Disorders_in_the_United_States/links/00b7d5293a90da649d000000/Lifetime-and-12-month-Prevalence-of-DSM-III-R-Psychiatric-Disorders-in-the-United-States.pdf> .
2. Robins LN, Regier DA. Psychiatric Disorders in America: the epidemiologic catchment area study. *New York: Free Press*, 1991.
3. Gureje O, Simon GE, et al. Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 989-995 (1997). Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9210751>>.

4. Piccinelli M, Gregory S. "Gender and cross-cultural differences in somatic symptoms associated with emotional distress. An international study in primary care." *Psychological Medicine* 27.02.1997: 433-444. Disponível em < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9089835>>.
5. Üstün, TB, Sartorius N. *Mental illness in general health care: an international study*. John Wiley & Sons. (1995).
6. Lewis G, Bebbington P, et al. Socioeconomic status, standard of living, and neurotic disorder. *The Lancet*, 352(9128), 605-609.(1998). Disponível em < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9746021>>.
7. Ludermir AB, Lewis G. Links between social class and common mental disorders in Northeast Brazil. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 36(3), 101-107. (2001). Disponível em < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11465780>>.
8. Lopes CS, Faerstein E, Chor D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(6), 1713-1720. (2003). Disponível em< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a15v19n6.pdf>>.
9. Goldberg DP, Huxley P. *Common mental disorders – A biosocial model*. London: Routledge, 1992.
10. Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública*, 36(2), 213-21. (2002). Disponível em < http://www.sbamt.org.br/docs/cond_vida.pdf>.
11. Fonseca ML, Guimarães MB, et al. Sofrimento Difuso E Transtornos Mentais Comuns: Uma Revisão Bibliográfica. *Revista de Atenção Primária à Saúde* 11.3 (2008). Disponível em < <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/342/120>>.

12. Aquino PS, Nicolau AO, et al. Desempenho das atividades de vida de prostitutas segundo o Modelo de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney. *Rev bras enferm* (2011): 136-144. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100020>.
13. Ludermir AB. Inserção produtiva, gênero e saúde mental Unemployment, informal work, gender, and mental health. *Cad. Saúde Pública* 16.3 (2000): 647-659. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n3/2950.pdf>>.
14. Silva DF, Santana PR. Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática. *Tempus Actas de Saúde Coletiva* 6.4 (2012): 175-185.
15. Ludermir AB, Lewis G. Is there a gender difference on the association between informal work and common mental disorders? *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 40.8 (2005): 622-627.
16. Ludermir AB. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. *Physis*, 18(3), 451-467. (2008). Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n3/v18n3a05.pdf>>.
17. Carlotto MS, Amazarray MR, et al. Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em trabalhadores: uma análise na perspectiva de gênero. *Cadernos Saúde Coletiva (UFRJ)*, 19, 172-178. (2011). Disponível em <[file:///C:/Users/Gabriella%20O/Downloads/pa-16366%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Gabriella%20O/Downloads/pa-16366%20(1).pdf)>.
18. Gonçalves, DM, Kapczinski FP. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *Cadernos de saúde pública. Rio de Janeiro. Vol. 24, n. 7 (jul. 2008), p. 1641-1650.* (2008). Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n7/19.pdf>>.

19. Borges TL, Hegadoren KM, ET al. *Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro*. (2015). Disponível em <
<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v38n3/v38n3a03.pdf>>.
20. Costa AG, Ludermit AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 21(1):73-79, jan-fev, 2005. Disponível em <
<https://pdfs.semanticscholar.org/3893/f01bf82099c5795719cf4d25b367bbc8f41a.pdf>>.
21. Gonçalves DM, Stein AT, et al. "Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR." *Cadernos de saúde pública. Rio de Janeiro. Vol. 24, n. 2 (fev. 2008), p. 380-390* (2008). Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200017>.
22. Harding TW, Arango V, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological medicine*, 10(02), 231-241. (1980).Disponível em <
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7384326>>.
23. Maragno L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (Qualis) no Município de São Paulo, Brasil. *Rev. APS*, v. 11, n. 3, p. 285-294, jul./set. 2008. Disponível em <
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/12>>.
24. Fortes S, Lopes CS, et al. Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. *Revista Brasileira de*

- Psiquiatria*, 33(2), 150-156. (2011). Disponível em <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462011000200010>.
25. Lima MCP, Menezes PR, et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Revista de Saúde Pública*, 42(4), 717-723. (2008). Disponível em <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400019>.
26. Vidal CEL, Amara B, et al. Preditores de prováveis transtornos mentais comuns (TMC) em prostitutas utilizando o Self-Reporting Questionnaire. *J. bras. psiquiatr*, 63(3), 205-212. (2014). Disponível em <
<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n3/0047-2085-jbpsiq-63-3-0205.pdf>>.
27. Jansen K, Mondin TC, et al. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 27(3):440-448, mar, 2011. Disponível em <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000300005>.
28. Gomes VF, Miguel TLB, et al. "Common Mental Disorders: socio-demographic and pharmacotherapy profile." *Revista latino-americana de enfermagem* 21.6 (2013): 1203-1211. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/0104-1169-rlae-0104-1169-2990-2355.pdf>>.
29. Araújo TM, Pinho PS, et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev. bras. saúde matern. infant* (2005): 337-348. Disponível em <
<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n3/a10v5n3.pdf>>.

30. Coutinho ESF, et al. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor. *Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo*, v. 26, p.246-256, set./out. 1999. Disponível em <<http://bases.bireme.br/CGIbin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=256440&indexSearch=ID>>.
31. Fortes S. *Transtornos mentais comuns na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil. 2004.* 165 f. Tese (Doutorado em saúde coletiva) - IMS, UERJ, Rio de Janeiro, 2004.
32. Maragno L, et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (Qualis) no Município de São Paulo, Brasil. *Rev. APS*, v. 11, n. 3, p. 285-294, jul./set. 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/12>>.
33. Patel V, et al. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Social Science & Medicine, Great Britain*, v. 49; p. 1461-1471, 1999. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10515629>>.
34. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of World Health Organization, Geneve*, v. 81, n. 8, p.609-615, 2003. Disponível em <<http://www.who.int/bulletin/volumes/81/8/Patel0803.pdf>>.
35. Araujo TM. Distúrbios psíquicos menores: estimativas de prevalência em população urbana de Feira de Santana - achados de estudo piloto. *Rev Saúde Coletiva* [Universidade Estadual de Feira de Santana] 2002; 1: 91-7. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2010000400008>.

36. Araújo TM, Pinho PS, et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev. bras. saúde matern. infant* (2005): 337-348. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n3/a10v5n3.pdf>>.
37. Silva ATC, Meneze PR. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Rev. Saúde Pública* vol.42 n.5 São Paulo Oct. 2008. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500019>.