

## Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde

João Luís Alves Apóstolo<sup>1</sup>

Maria Henriqueta Figueiredo<sup>2</sup>

Aida Cruz Mendes<sup>3</sup>

Manuel Alves Rodrigues<sup>4</sup>

Os objetivos deste estudo foram descrever níveis de depressão, ansiedade e estresse dos usuários de um centro de saúde urbano/rural, analisar diferenças de sexo e a comorbidade entre depressão, ansiedade e estresse. Este é um estudo descritivo correlacional, aplicando-se uma versão portuguesa da DASS-21, em amostra consecutiva (n=343). Tem-se como resultados que 40,52, 43,48 e 45,06% dos indivíduos apresentam, respetivamente, algum grau de depressão, ansiedade e estresse. Identificaram-se níveis graves ou muito graves de ansiedade em 20,87% dos indivíduos, de estresse em 22,38% e de depressão em 12,24%. As mulheres apresentam níveis médios de depressão, ansiedade e estresse mais elevados. Depressão, ansiedade e estresse estão forte e positivamente associados. Esses resultados apontam para elevada prevalência – mais alta que em outros países – e revelam diferenças de sexo e comorbidade. Com base neles, poder-se-á desenvolver estratégia de intervenção local e comunitária para a promoção da saúde mental e prevenção da doença, particularizando as mulheres.

Descritores: Depressão; Ansiedade; Atenção Primária à Saúde.

<sup>1</sup> Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. Pesquisador, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde, Domínio de Enfermagem, Coimbra, Portugal. E-mail: apostolo@esenfc.pt.

<sup>2</sup> Enfermeira, Doutor em Enfermagem, Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. E-mail: henriqueta@esenf.pt.

<sup>3</sup> Enfermeira, Doutora em Educação, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Pesquisadora da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde, Domínio de Enfermagem, Coimbra, Portugal. E-mail : mrodrigues@esenfc.pt.

<sup>4</sup> Enfermeiro, Doutor em Educação, Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. Pesquisador, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde, Domínio de Enfermagem, Coimbra, Portugal. E-mail: amendes@esenfc.pt.

---

Endereço para correspondência:

João Luís Alves Apóstolo

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde. Domínio de Enfermagem

Av. Bissaya Barreto

Apartado 7001

CEP: 3046-851 Coimbra, Portugal.

E-mail: apostolo@esenfc.pt

## Depression, Anxiety and Stress in Primary Health Care Users

Aim: Describe levels of depression, anxiety and stress among users of an urban/rural health centre, analyse sex differences and comorbidity between depression, anxiety and stress.

Method: Descriptive co-relational study with a Portuguese version of DASS-21; consecutive sample (n=343). Results: 40.52%, 43.48% and 45.06% of individuals present some degree of depression, anxiety and of stress, respectively. Severe or very severe levels of disturbance were found in 20.87% (anxiety), 22.38% (stress) and 12.24% (depression) of individuals. Women present higher levels of depression, anxiety and stress. Depression, Anxiety and Stress are strongly and positively associated. Conclusion: These results show high point prevalence - higher than in other countries - and reveal differences in sex as well as comorbidity. They may allow for the development of a local and community intervention strategy for mental health promotion and disease prevention, particularly for women.

Descriptors: Depression; Anxiety; Primary Health Care.

### Depresión, ansiedad y estrés en usuarios de cuidados primarios de salud

Los objetivos de este estudio fueron: describir niveles de depresión, ansiedad y estrés de los usuarios de un centro de salud urbana/rural, analizar diferencias de género y la comorbilidad entre depresión, ansiedad y estrés. Se trata de un estudio descriptivo correlacional aplicando una versión portuguesa de la DAS-21 en una muestra consecutiva (n=343). Se constató algún grado de depresión, ansiedad y estrés en 40,52%, 43,48% y 45,06% de los individuos, respectivamente. Se identificaron niveles graves o muy graves de ansiedad en 20,87% de los individuos, de estrés en 22,38% y de depresión en 12,24%. Las mujeres presentaron niveles promedios de depresión, ansiedad y de estrés más elevados. La depresión, la ansiedad y el estrés están fuertemente y positivamente asociados. Se concluye que estos resultados apuntan para una elevada prevalencia - más alta que en otros países - y revelan diferencias de género y comorbilidad. Con base en los hallazgos, se podrá desarrollar una estrategia de intervención local y comunitaria para la promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad, particularmente de las mujeres.

Descriptorios: Depresión; Ansiedad; Atención Primaria de Salud.

## Introdução

Os problemas de saúde mental são uma das principais causas de morbidade nas sociedades atuais, com subseqüentes limitações. Dos 870 milhões de pessoas que vivem na região europeia, estima-se que, aproximadamente, 100 milhões sofrem de ansiedade e depressão. A depressão é responsável por 6,2% da morbidade na região europeia, dados da Organização Mundial de Saúde (OMS). O relatório da Conferência Ministerial Europeia da Organização Mundial de Saúde<sup>(1)</sup> refere estudo efetuado na Inglaterra, estimando os custos totais da depressão, no adulto, em 15,46 bilhões de euros, no ano 2002. A maior parte desses custos resultam da perda de emprego devido ao absentismo e à mortalidade prematura.

A área da saúde mental, portanto, constitui prioridade em saúde pública, exigindo respostas cada vez mais precoces e criativas por parte dos serviços de saúde, o envolvimento dos cuidados de saúde primários (CSP) e a articulação entre setores<sup>(2-3)</sup>, de acordo com as diretrizes da OMS. A gestão e o tratamento das perturbações mentais, no contexto dos CSP, constitui passo essencial para permitir que maior número de pessoas tenha acesso aos serviços - deve ser reconhecido que muitas pessoas já procuram esse tipo de ajuda. Isso significaria melhor prestação de cuidados e, também, redução nos custos, com exames desadequados e desnecessários, assim como com tratamentos inespecíficos<sup>(4-5)</sup>. Se o acesso ao tratamento se generalizar, os custos indiretos

sofrerão redução drástica, ao passo que os custos diretos aumentarão ligeiramente. Só através de diagnósticos ajustados, baseados em estudos epidemiológicos, poder-se-á delinear intervenções adequadas, reduzindo o peso das perturbações psiquiátricas e o consumo de medicação psiquiátrica, particularmente de antidepressivos<sup>(3,6)</sup>.

As perturbações mentais, especialmente aquelas do tipo depressivo, são comuns entre os usuários dos CSP, embora possam não ser sempre reconhecidas, ou ser inadequadamente tratadas, não existindo consenso quanto à taxa de morbidade não detectada<sup>(1,6-8)</sup>. Diferentes filtros vão ocorrendo até que o doente tenha acesso aos cuidados especializados, sendo os CSP um dos mais importantes<sup>(9)</sup>.

Os profissionais de saúde, em CSP, podem não conseguir reconhecer os sintomas e seguir as recomendações das boas práticas, porque podem não dispor de tempo ou recursos para providenciar tratamentos baseados na evidência<sup>(4)</sup>. Os sintomas psiquiátricos são, muitas vezes, dissimulados por sintomas somáticos<sup>(10)</sup>. Em atenção primária, os sintomas somáticos desempenham papel importante na manifestação de distúrbios depressivos<sup>(11)</sup>. Por esse papel ter sido subestimado, a análise de casos clínicos não constitui metodologia adequada para determinar as taxas de prevalência das doenças mentais, nesses contextos.

A falta de estudos epidemiológicos de base populacional sobre a prevalência de perturbações mentais está bem patente na literatura, particularmente em Portugal. Nos EUA, foram relatadas estimativas de prevalência pontual entre 4,8 e 8,6%<sup>(8,12)</sup>. Um estudo transcultural<sup>(4)</sup>, em 15 cidades de vários países, não incluindo Portugal, apresentou a seguinte prevalência de perturbações psiquiátricas em CSP: 10,4% de depressão, oscilando entre 2,6 e 29,5%, e 7,9% de ansiedade generalizada, oscilando entre 0,9 e 22,6%.

São escassos os estudos que apresentam resultados relativos à realidade portuguesa. Um estudo, realizado num centro de saúde (CS), n=927, em 1989<sup>(13)</sup>, identificou 50,9% dos usuários de atenção primária apresentando sintomas de depressão/ansiedade. Outro estudo, desenvolvido em 2005<sup>(14)</sup>, (n=179), demonstrou que 38% das mulheres sofriam de algum tipo de perturbação depressiva. Revelou, ainda, níveis de depressão mais elevados na faixa etária de 45-54 anos e apresentou relação entre escolaridade elevada e menor risco de depressão, embora apenas para mulheres com idade inferior a 53 anos. Outro estudo<sup>(15)</sup>, recentemente desenvolvido num CS numa pequena cidade (n=192), demonstrou que de 50 a 62% dos indivíduos apresentavam níveis de "normais" a "ligeiros" de estresse, ansiedade e depressão, 16 a 21% níveis "moderados", e

20 a 29% níveis "graves" ou "extremamente graves".

As evidências demonstram maior prevalência de perturbações depressivas e de ansiedade entre as mulheres<sup>(16-18)</sup>, com proporção que varia entre 1,5:1 e 2:1<sup>(4)</sup>. Em Portugal, existem poucas evidências dessa tendência, embora dois estudos recentes sugiram que as mulheres são mais susceptíveis a esse tipo de perturbação. Contudo, esses estudos ainda não são consistentes<sup>(15,19)</sup>.

A comorbidade entre depressão e ansiedade é muito marcante, implicando gravidade de sintomas. Estudos desenvolvidos em Portugal registaram forte correlação entre depressão, ansiedade e estresse<sup>(15,20-21)</sup>.

Apesar dos resultados acima apresentados, não existem estudos epidemiológicos em nível populacional que permitam sólida avaliação desse problema de saúde pública em Portugal, sendo que uma simples revisão de casos clínicos não constitui metodologia adequada para determinar as taxas de prevalência de depressão<sup>(6)</sup>.

O diagnóstico dos estados afetivo-emocionais das populações, bem como a detecção precoce de casos de doença na comunidade e a promoção da saúde mental surgem como objetivos importantes no contexto dos CSP, de modo a implementar as políticas de não institucionalização previstas<sup>(3-5)</sup>. Dessa forma, este estudo pretende colmatar as lacunas existentes e contribuir para a maior compreensão dessa realidade, promovendo, dessa forma, maior capacidade de resposta por parte dos serviços de saúde.

## Objetivos

Analisar a prevalência pontual de depressão, ansiedade e estresse em usuários de um CS de uma cidade do Norte de Portugal, analisar as diferenças de sexo e a relação entre depressão, ansiedade, estresse.

## Metodologia

Este estudo é do tipo descritivo correlacional.

Após a aprovação pela Comissão de Ética da respetiva unidade de saúde local, o projeto de investigação foi formalmente aprovado pelo Conselho de Administração.

Após os participantes terem assinado o consentimento informado, os questionários foram autoadministrados, pedindo-se que indicassem o quanto cada enunciado aplicava-se a si mesmo, durante os últimos dias. Aqueles que mostraram alguma dificuldade no preenchimento dos questionários contaram com a ajuda da equipa de investigação. Foram selecionados os indivíduos que acederam às consultas no CS, durante a segunda semana de dezembro de 2009, que aceitaram, voluntariamente, participar no estudo e demonstraram capacidade para o fazer.

## Amostra e Contexto

Foi escolhido esse CS por servir a população rural e urbana, ou seja, abrangendo as diferentes características da população portuguesa. Usuários inscritos no CS: 41.000. Cálculo da dimensão da amostra:  $n=(pq/erro^2) \times 1,962$ . Com base em resultados anteriores<sup>(15)</sup>,  $p \approx 0,3$ ;  $n=331$ .

Participaram do estudo 343 usuários. A média de idade foi de 43,82 anos,  $dp=16,75$ , mínimo 18 anos, máximo 99 anos. Desses, 72,89% são mulheres, 54,76% eram casados ou viviam em união de fato, 26,19% solteiros, 11,01% divorciados ou separados de fato e 8,04% viúvos. Relativamente aos anos de escolaridade, 29,61% tinha 4, 28,10% entre 5 e 9, 24,47% entre 10 e 12 e 17,82% ensino superior.

Foi usado o instrumento DASS-21, versão portuguesa<sup>(20)</sup> – questionário composto por questões sociodemográficas e clínicas (correspondentes às variáveis em estudo).

A DASS-21 é constituída por um conjunto de três subescalas tipo Likert, de quatro pontos. Cada subescala consiste em sete itens que visam avaliar as perturbações depressão, ansiedade e estresse. A depressão é caracterizada por baixa afetividade positiva, reduzida autoestima e encorajamento e desespero, ao passo que hiperestimulação fisiológica revela ansiedade (a escala de ansiedade da DASS é a que melhor corresponde, com mais proximidade, aos critérios de sintomas do DSM IV, para as várias perturbações de ansiedade, com exceção da perturbação da ansiedade generalizada – PAG) e o estresse está associado a tensão persistente, irritabilidade e ao baixo limiar para ficar perturbado ou frustrado<sup>(22)</sup>. A versão portuguesa da DASS-21 demonstrou propriedades psicométricas aceitáveis num estudo, com uma amostra clínica (forte confiabilidade, validade de critério e validade de construto), apesar de a estrutura de três fatores, proposta pelo autor original da DASS, não ser claramente relevada, já que a organização dos itens relativos à ansiedade e ao estresse é mais adequada ao modelo de fator único<sup>(20)</sup>. Contudo, noutro estudo, desenvolvido com amostra não clínica, a análise fatorial revelou estrutura de três fatores (depressão, ansiedade e estresse) igual à versão original, explicando 56,41% da variância total<sup>(21)</sup>.

Calcularam-se os valores da DASS-21 para cada subescala e multiplicou-se por dois. Para cada um dos três estados utilizou-se a seguinte classificação: *normal*, *leve*, *moderado*, *grave* e *extremamente grave*<sup>(22)</sup>.

Para a amostra em estudo, a DASS-21 apresentou valores de correlação, corrigidos, de cada item com o valor de cada subescala e com o valor total superior a 0,50,

bem como valores de alfa de Cronbach de cada subescala e total entre 0,82 e 0,94.

## Medidas estatísticas

As medidas estatísticas utilizadas neste estudo foram: teste de Mann-Whitney, correlação de Spearman, estatísticas de resumo e frequências absolutas e percentuais. As variáveis ansiedade, depressão e estresse apresentam distribuição assimétrica, tendo-se optado, então, pelo uso de testes não-paramétricos.

## Resultados

Como se pode ver na Tabela 1, relativamente à gravidade dos estados afetivo-emocionais dos indivíduos, 40,52% dos indivíduos apresentavam algum grau de depressão, 12,24%, revelando níveis graves ou extremamente graves, 43,48% apresentavam algum grau de ansiedade, com 20,87%, revelando níveis graves ou extremamente graves, 45,06% apresentavam algum grau de estresse, com 22,28%, mostrando níveis graves ou extremamente graves.

Tabela 1 – Gravidade dos estados afetivo-emocionais dos indivíduos (n=343)

Variáveis	Normal (%)	Leve (%)	Moderado (%)	Grave (%)	Extremamente grave (%)
Depressão	59,48	11,08	17,20	6,12	6,12
Ansiedade	56,52	6,67	15,94	7,25	13,62
Estresse	54,94	11,92	10,76	13,08	9,30

Relativamente às diferenças de sexo, as mulheres apresentam níveis mais elevados de ansiedade, depressão e estresse do que os homens (Tabela 2).

Tabela 2 – Diferenças nos estados afetivo-emocionais dos indivíduos de acordo com o sexo (n=343)

	Sexo	N	Mediana	Média de postos	z	p
Depressão	Mulher	251	3,00	178,50	-2,021	0,043
	Homem	92	2,50	154,27		
Ansiedade	Mulher	251	3,00	180,08	-2,516	0,012
	Homem	92	2,00	149,96		
Estresse	Mulher	251	7,85	183,30	-3,493	0,000
	Homem	92	6,00	141,17		

Verifica-se forte correlação entre depressão, ansiedade e estresse (Tabela 3). As intercorrelações entre as dimensões da DASS-21 revelam valores elevados e positivos, variando entre 0,72 e 0,74.

Tabela 3 – Correlações entre as subescalas da DASS-21 (n=343)

Dimensões da DASS	Ansiedade		Estresse	
	rs	p	rs	p
Depressão	0,74	0,00	0,72	0,00
Ansiedade	-	-	0,73	0,00

## Discussão

Os resultados obtidos para a prevalência pontual das perturbações afetivo-emocionais (depressão, ansiedade ou estresse) são semelhantes aos encontrados noutros estudos realizados em Portugal<sup>(13-15)</sup>, sendo mais elevados que os encontrados em outros países<sup>(4,8,12,23)</sup>. Essa diferença na prevalência pontual pode resultar do fato de as amostras portuguesas, geralmente, apresentarem maior proporção de mulheres, sendo que os estudos apontam para níveis mais elevados de perturbações afetivo-emocionais nas mulheres, como será discutido adiante. O fato de a amostra ser maioritariamente composta por mulheres poderá constituir limitação deste estudo. Contudo, uma vez que a população dos usuários dos CSP em Portugal é predominantemente feminina, o método de colheita de dados em atenção primária sofre frequentemente esse enviesamento.

Foram encontrados valores aproximados de gravidade de ansiedade e estresse num estudo com uma amostra portuguesa de características semelhantes<sup>(15)</sup>. No entanto, relativamente à depressão, esses autores encontraram valores mais elevados, com 20% dos indivíduos apresentando níveis graves e muito graves de depressão.

Foram encontradas diferenças entre o sexo em vários outros estudos internacionais<sup>(4,16-18,24)</sup>. Estudos portugueses, embora ainda não de forma solidamente consistente, apontam para maior susceptibilidade das mulheres para desenvolverem perturbações afetivo-emocionais. Num estudo com estudantes<sup>(19)</sup>, as mulheres registaram níveis mais elevados de ansiedade, estresse e afetividade negativa. Outro estudo, com usuários de CSP<sup>(15)</sup>, as mulheres relataram níveis mais elevados de ansiedade e depressão, mas não se verificaram diferenças relativamente ao estresse.

A forte associação entre depressão, ansiedade e estresse é também evidenciada neste trabalho de investigação, em consonância com resultados anteriores<sup>(15,20,21)</sup>. Esses autores discutem e comparam os seus resultados, apresentando argumentos que sustentam a crença de que a depressão, a ansiedade e o estresse podem ser pontos diferentes do mesmo *continuum*, manifestações alternativas de uma diátese, ou mesmo síndromes heterogêneas que estão associadas por partilharem alguns subtipos de sintomas. De acordo com o modelo tripartido<sup>(25)</sup>, as pessoas ansiosas e deprimidas partilham uma estrutura básica: afetividade negativa ou *distresse* geral. Esses serão responsáveis pela associação entre as medições de ansiedade e depressão.

Esses resultados podem justificar o desenvolvimento de estratégia de intervenção precoce no nível dos cuidados

de saúde na comunidade, prestando especial atenção às mulheres e aos mais idosos. Essa ação servirá ao propósito de promover a saúde mental e prevenir a doença, tal como advogado pela OMS e pelos Planos Nacionais de Saúde, tendo implicações positivas em termos de economia e de ganhos em saúde para a população<sup>(1-5)</sup>. Não obstante, a investigação sobre as perturbações afetivo-emocionais, em usuários de CSP, deverá ter continuidade com amostras representativas de outras regiões do país.

## Conclusão

Este estudo revela que de 40 a 45% dos indivíduos inquiridos apresentam algum grau de perturbação afetivo-emocional. Deve ser sublinhado que cerca de 20% apresentam níveis de ansiedade e estresse graves ou muito graves, e que cerca de 12% apresentam níveis graves ou muito graves de depressão.

Foram encontradas diferenças entre gêneros, com as mulheres a apresentarem níveis mais elevados de ansiedade, depressão e estresse que os homens, e se verificou alta comorbidade entre depressão, ansiedade e estresse. Esses resultados estão, na generalidade, de acordo com os obtidos com outras amostras, nacionais e internacionais, no que diz respeito à comorbidade e às diferenças de sexo. Quanto à prevalência pontual das perturbações afetivo-emocionais, os resultados pactuam, globalmente, com os obtidos em amostras portuguesas e são mais elevados que os registados noutros países.

## Agradecimentos

Agradecimentos aos estudantes de licenciatura da Escola Superior de Enfermagem do Porto e aos enfermeiros do Centro de Saúde de Matosinhos que participaram no processo de recolha de dados. À Inês Castro, bolsista da UICISA-dE, pela colaboração na elaboração deste artigo.

## References

1. World Health Organization. Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference [internet]. 2005. [acesso 23 ago 2007]. Disponível em: <http://www.euro.who.int/document/E87301.pdf>
2. Ministério da Saúde (PT). Direcção-Geral da Saúde. Plano nacional de saúde 2004-2010 [internet]. 2004. [acesso 10 nov 2006]. v. 2. Disponível em: [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns\\_vol2.pdf](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf)
3. Resolução do Conselho de Ministros n. 49/2008 (PT). Dispõe sobre o Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016). Diário da República I Série de 6 mar 2008.

4. World Health Organization. The world health report 2001 - Mental Health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
5. World Health Organization. The world health report 2008. Primary health care – now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
6. Gusmão RM, Xavier M, Heitor MJ, Bento A, Almeida JM. O peso das perturbações depressivas: aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. Acta Méd Port. 2005;18(2):129-46.
7. Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K, Krause P, Höfler M, Hoyer J. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. J Clin Psychiatry. 2002;63 Suppl 8:24-34.
8. MacMillan HL, Patterson CJS, Wathen CN, The Canadian Task Force on Preventive Health Care. Screening for depression in primary care: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ [internet]. 2005;172(1):33-5.
9. Goldberg D. Epidemiology of mental disorders in primary care settings. Epidemiol Rev. 1995;17(1):182-90.
10. Fabião C, Barbosa A, Fleming M, Silva C. Rastreamento da perturbação de somatização nos cuidados primários de saúde. Resultados de um estudo piloto. Acta Méd Port. 2008;21(4):319-28.
11. Barkow K, Heun R, Ustün TB, Berger M, Bermejo I, Gaebel W, et al. Identification of somatic and anxiety symptoms which contribute to the detection of depression in primary health care. Eur Psychiatry. 2004;19(5):250-7.
12. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, et al. Screening for depression: recommendations from the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2002;136:765-76.
13. Resina T, Pinhão A, Neto L, Leitão A, Martins J, Augusto M. Depressão e ansiedade na consulta de clínica geral/médico de família. Acta Méd Port. 1989;2(1):7-10.
14. Gonçalves B, Fagulha T, Ferreira, A. A depressão nas mulheres de meia idade: estudo sobre as utentes dos cuidados de saúde primários. Psicologia. 2005;19:39-56.
15. Apóstolo J, Ventura A, Caetano C, Costa S. Depressão, ansiedade e stresse em utentes de cuidados de saúde primários (Depression, Anxiety and Stress in Primary Care Settings). Referência. 2008;Série 2(8):45-9.
16. Kornstein SG, Schatzberg AF, Thase ME, Yonkers KA, McCullough JP, Keitner GI, et al. Gender differences in chronic major and double depression. J Affect Disord. 2000;60(1):1-11.
17. Angst J, Gamma A, Gastpar M, Lépine JP, Mendlewicz J, Tylee A. Gender differences in depression. Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci. 2002;252(5):201-9.
18. Dew MA, Lynn MM, Hall M. Depression: epidemiology and risk factors. In: Potokar J, Thase ME. Advances in the management and treatment of depression [internet]. London: Taylor & Francis; 2003. [acesso 29 out 2006]; p. 1-39. Disponível em: <http://www.myilibrary.com/Browse/open.asp?ID=10437&loc=9>
19. Apóstolo JLA, Rodrigues MA, Olvera JP. Evaluacion de los estados emocionales de estudiantes de enfermería. Index Enferm. 2007;56:26-9.
20. Apóstolo JLA, Mendes AC, Azeredo ZA. Adaptação para a língua portuguesa da Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2006;14(6):863-71.
21. Apóstolo JLA. O conforto pelas imagens mentais na depressão ansiedade e stresse. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2010.
22. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the depression anxiety stress scales. 2.ed. Sydney: Psychology Foundation; 1995.
23. Feliciano AB, Moraes SA. Demand for chronic-degenerative diseases among adults attended in a basic health unit at the city of São Carlos-SP. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [internet]. 1999 [acesso 1 jun 2010];7(3):41-7. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11691999000300007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691999000300007&lng=en). doi: 10.1590/S0104-11691999000300007
24. Jacques HAK, Mash EJ. A test of the tripartite model of anxiety and depression in elementary and high school boys and girls. J Abnorm Child Psychol. 2004;32(1):13-25.
25. Clark LA, Watson D. Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. J Abnorm Psychol. 1991;100(3):316-36.

Recebido: 18.6.2010

Aceito: 6.1.2011

### Como citar este artigo:

Apóstolo JLA, Figueiredo MHF, Mendes AC, Rodrigues MA. Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mar-abr 2011 [acesso em: \_\_\_\_\_];19(2):[06 telas]. Disponível em: \_\_\_\_\_

URL

dia | mês abreviado com ponto | ano