

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE VITÓRIA - EMESCAM
GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

**GABRIEL TORRES REIS
HUMBERTO AVELLAR BEBBER
JOÃO LUCAS BERTOLI SEPULCHRO**

**MAPEAMENTO DA PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM
AMBULATÓRIOS MÉDICOS**

VITÓRIA
2024

GABRIEL TORRES REIS
HUMBERTO AVELLAR BEBBER
JOÃO LUCAS BERTOLI SEPULCHRO

**MAPEAMENTO DA PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM
AMBULATÓRIOS MÉDICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Dr. Felipe Bertollo Ferreira

VITÓRIA
2024

MAPEAMENTO DA PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM AMBULATÓRIOS MÉDICOS

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à coordenação do curso de
graduação em Medicina da Escola Superior
de Ciências da Santa Casa de Misericórdia
de Vitória, EMESCAM, como requisito
parcial para obtenção do grau de Bacharel
em Medicina.

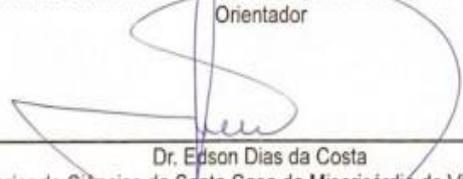
Aprovada em 21 de outubro de 2024

BANCA EXAMINADORA



Dr. Felipe Bertollo Ferreira

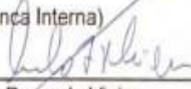
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientador



Dr. Edison Dias da Costa

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM

(Banca Interna)



Dr. Nilo Rezende Vieira

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
(Banca Interna)

Dedico este trabalho aos meus avós, Gil e Lurdes, que por pouco não me viram chegar até aqui. Ainda bem que saudade não mata, só maltrata. (Humberto)

Agradecemos aos nossos pais, que sob muito sol, fizeram-nos chegar até aqui, na sombra.

Agradecemos ao nosso orientador Dr. Felipe Bertollo Ferreira, cuja paciência, dedicação e conhecimento foram fundamentais para o desenvolvimento tanto deste trabalho como de nós como médicos.

Agradecemos aos nossos colegas de turma pela amizade.

E agradecemos a todos os entrevistados, que enriqueceram nossa pesquisa.

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.

Carl Jung

RESUMO

INTRODUÇÃO: As patologias gastrointestinais se configuram como um importante agravo à saúde da população mundial. Dentre elas, as doenças funcionais, a doença ulcerosa péptica, as doenças inflamatórias intestinais e a doença do refluxo gastrointestinal têm se mostrado de importante relevância, devido à elevada prevalência e ao alto impacto gerado na qualidade de vida dos pacientes. Na bibliografia médica, há estudos que afirmam o potencial do estresse como cofator dessas doenças gastrointestinais. Estudos investigaram a ansiedade como potencial mediador da relação entre a gravidade de doenças gastrointestinais e a qualidade de vida em pacientes (Albiani *et al*, 2013 *apud* ADIBI, 2022, p. 78). Outrossim, esses pacientes com ansiedade têm taxas mais altas de hospitalização e maior gravidade da doença do que aqueles que não apresentam (Gao *et al.*, 2021). Acerca da depressão, evidências sugerem que tal patologia pode influenciar várias condições gastrointestinais, podendo ter ligações com aumento de risco de síndrome do intestino irritável, refluxo gastroesofágico e úlceras gastroduodenais (Ruan *et al*, 2023). Tendo em vista a possível correlação entre a ansiedade e a depressão com o desenvolvimento de doenças gastrointestinais, e a alta prevalência de ambas na sociedade, o trabalho em questão tem por objetivo comparar a prevalência da ansiedade e depressão no grupo de pacientes portadores de doenças gastrointestinais no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV) com o grupo composto por pacientes do ambulatório de clínica médica. **OBJETIVO:** Comparar a prevalência do transtorno de ansiedade e depressão entre os pacientes do ambulatório de gastroenterologia e os pacientes do ambulatório de clínica médica. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo de coorte, realizado com pacientes do ambulatório de gastroenterologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV) e com pacientes do ambulatório de clínica médica do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV). O estudo ocorreu a partir da coleta de dados nos 12 meses seguintes à aprovação pelo CEP.

RESULTADOS: O estudo contou com 122 participantes, sendo 79 mulheres e 43 homens. Entre eles, 77 não tinham diagnóstico prévio de ansiedade e 45 tinham; 102 não apresentavam diagnóstico de depressão e 20 tinham. No ambulatório de gastroenterologia, 38,5% tinham diagnóstico de ansiedade e 15,4% de depressão, enquanto no ambulatório de clínica médica, 34,1% apresentavam ansiedade e 18,2% depressão. Na escala HADS, 38,6% dos pacientes da clínica médica e 41% da gastroenterologia tiveram pontuação sugestiva de depressão, e 47,7% da clínica médica e 44,9% da gastroenterologia apresentaram pontuação indicativa de ansiedade.

CONCLUSÃO: Os resultados indicam uma prevalência ligeiramente maior de ansiedade no ambulatório de Gastroenterologia, entre os dois ambulatórios. A ansiedade foi mais associada a mulheres e indivíduos não brancos, reforçando fatores socioeconômicos como determinantes importantes na saúde mental. Destacou-se o subdiagnóstico de ansiedade e depressão, especialmente na Gastroenterologia, evidenciando a necessidade de melhorar a triagem e capacitar profissionais de saúde para reconhecer e tratar esses transtornos adequadamente.

Palavras-chave: Ansiedade; Gastroenteropatias; População; Prevalência

ABSTRACT

INTRODUCTION: Gastrointestinal disorders represent a significant health burden for the global population. Among them, functional disorders, peptic ulcer disease, inflammatory bowel diseases, and gastroesophageal reflux disease have gained considerable attention due to their high prevalence and the significant impact they have on patients' quality of life. The medical literature indicates that stress may act as a cofactor in the development of these gastrointestinal diseases. Studies have investigated anxiety as a potential mediator of the relationship between the severity of gastrointestinal diseases and patients' quality of life (Albiani et al., 2013 apud ADIBI, 2022, p. 78). Furthermore, patients with anxiety experience higher hospitalization rates and greater disease severity compared to those without anxiety (Gao et al., 2021). Regarding depression, evidence suggests that this condition may influence various gastrointestinal disorders and may be linked to an increased risk of irritable bowel syndrome, gastroesophageal reflux, and gastroduodenal ulcers (Ruan et al., 2023). Given the possible correlation between anxiety and depression with the development of gastrointestinal diseases, along with the high prevalence of both in society, this study aims to compare the prevalence of anxiety and depression in patients with gastrointestinal diseases at Santa Casa de Misericórdia de Vitória Hospital (HSCMV) to those in the general medical clinic.

OBJECTIVE: To compare the prevalence of anxiety and depression disorders among patients in the gastroenterology clinic and those in the general medical clinic.

METHOD: This is a cohort study conducted with patients from the gastroenterology clinic and the general medical clinic at Santa Casa de Misericórdia de Vitória Hospital (HSCMV). Data collection took place over 12 months following CEP approval.

RESULTS: The study included 122 participants, with 79 women and 43 men. Of these, 77 had no previous diagnosis of anxiety, while 45 did; 102 had no diagnosis of depression, while 20 did. In the gastroenterology clinic, 38.5% had a diagnosis of anxiety and 15.4% of depression, while in the general medical clinic, 34.1% had anxiety and 18.2% depression. On the HADS scale, 38.6% of general medical clinic patients and 41% of gastroenterology patients scored suggestive of depression, while 47.7% of the

general medical clinic and 44.9% of the gastroenterology clinic scored suggestive of anxiety. **CONCLUSION:** The results show a slightly higher prevalence of anxiety in the gastroenterology clinic compared to the general medical clinic. Anxiety was more associated with women and non-white individuals, highlighting socioeconomic factors as important determinants of mental health. The study also identified significant underdiagnosis of anxiety and depression, especially in the gastroenterology clinic, underscoring the need to improve screening processes and train healthcare professionals to better recognize and treat these disorders.

Keywords: Anxiety; Gastrointestinal Diseases; Population; Prevalence

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 - Dados demográficos da população total
- Quadro 2 - Dados demográficos da população total
- Quadro 3- História patológica pregressa de ansiedade
- Quadro 4 - Pontuação na Escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)
- Quadro 5 - Usa medicamentos para ansiedade/depressão
- Quadro 6 - Diagnóstico da doença em tratamento
- Quadro 7- História patológica pregressa
- Quadro 8- Escala HADS Depressão
- Quadro 9- Escala HADS ansiedade
- Quadro 10 - Comparação entre diagnóstico prévio e pontuação na escala HADS no ambulatório geral
- Quadro 11- História patológica pregressa
- Quadro 12- Teste HAD
- Quadro 13 - História patológica pregressa de ansiedade
- Quadro 14 - História patológica pregressa de depressão
- Quadro 15 - Comparação entre diagnóstico prévio e pontuação na escala HADS no ambulatório de gastroenterologia

LISTA DE SIGLAS

CRF	Corticotropina
DC	Doença de Crohn
DII	Doença intestinal inflamatória
DRGE	Doença do refluxo gastroesofágico
HADS	Escala de Ansiedade e Depressão (HADS)
HSCMV	Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória
RCUI	Retocolite ulcerativa idiopática

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO.....	17
2.2 OBJETIVO SECUNDÁRIO.....	17
3 METODOLOGIA	18
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	18
3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DE PARTICIPANTES.....	18
3.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DE PARTICIPANTES.....	18
3.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	18
3.5 RISCOS.....	19
3.6 BENEFÍCIOS.....	19
3.7 COLETA DE DADOS.....	19
3.8 NORMAS DE SEGURANÇA.....	20
3.9 DESFECHO PRIMÁRIO.....	20
3.10 ANÁLISE DE DADOS.....	20
4 RESULTADOS	21
5 DISCUSSÃO	27
6 CONCLUSÃO	34
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICES	38
APÊNDICE A – FICHA DE COLETA DE DADOS CLÍNICOS.....	39
APÊNDICE B.- TCLE.....	40
ANEXOS	42
ANEXO A – ESCALA HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale).	43
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	46

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Humes. *et al.* (2016, p 76), “[...] ansiedade é o nome dado a uma experiência subjetiva universal do ser humano em situações de perigo ou de risco de desfechos negativos das mais diversas naturezas”. Ela passa a ser considerada como um transtorno de ansiedade quando essa resposta é desproporcional ao seu fator estimulante, gerando incômodo e prejuízo funcional/sofrimento excessivo, repetitivo ou persistente ao paciente (Humes *et al.*, 2016; Pimentel, 2019). Na população brasileira, estima-se que 9,6 a 17,6% sofram com algum dos transtornos ansiosos (Humes *et al.*, 2016). Na bibliografia médica, há estudos que afirmam o potencial do estresse como causador de doenças gastrointestinais. (Humes *et al.*, 2016).

A depressão, por outro lado, é uma patologia que se caracteriza por sintomas de alteração no humor, afeto, na cognição e nos sistemas fisiológicos, e se manifesta por diversos sintomas. Sua prevalência na população geral varia de 5 a 9%, podendo chegar até 10 a 20% na população de pacientes de ambulatórios médicos. (Humes *et al.*, 2016). A relação entre depressão e doenças gastrointestinais é complexa e bastante estudada, com evidências sugerindo que a depressão pode influenciar várias condições gastrointestinais. Um estudo randomizado confirmou as descobertas de pesquisas epidemiológicas anteriores, mostrando que a depressão está ligada a um risco aumentado de síndrome do intestino irritável, doença hepática gordurosa não alcoólica, refluxo gastroesofágico, úlcera gástrica e úlcera duodenal (Ruan *et al.*, 2023)

Estudos correlacionam os distúrbios gastrointestinais com distúrbios psiquiátricos devido à importante interação entre o sistema nervoso central e o trato gastrointestinal, denominado eixo cérebro-intestino. Nas doenças funcionais, a disfunção das vias autonômicas, que atuam diretamente no CRF (fator de liberação de corticotrofina), pode desempenhar um papel na alteração dos hábitos intestinais e do esvaziamento gástrico. (Adibi *et al.*, 2022).

Os distúrbios gastrointestinais funcionais são compostos pela síndrome do intestino irritável, pela dispepsia, constipação, dor torácica de origem esofágica e a pirose

(Goldman; Schaffer, 2016). Essas patologias caracterizam-se pelo quadro clínico crônico e recorrência de dor e desconforto (Goldman; Schaffer, 2016). Não possuem biomarcadores específicos, sendo diagnosticados pela sintomatologia sugestiva e a exclusão de outras causas que podem ser responsáveis pelo quadro clínico (Goldman; Schaffer, 2016). Respostas do sistema nervoso autônomo e neuroendócrinas anormal ao estresse estão presentes nas doenças funcionais e podem atuar tanto como fatores de sua gênese como fatores agravantes, chegando a ter prevalência de até 25% no caso da dor torácica funcional (Goldman; Schaffer, 2016). Em relação às doenças funcionais, pesquisadores examinaram a ansiedade como potencial mediador da relação entre a gravidade da constipação e a qualidade de vida em pacientes constipados (Albiani *et al.*, 2013 *apud* ADIBI, 2022, p. 78). Acredita-se que o estresse, um fator desencadeante da SII, impacta o sistema nervoso entérico através de neurotransmissores e hormônios. Estudos relataram um nível elevado de ansiedade em pacientes com SII em relação com os controles saudáveis, estando presente em 57% dos pacientes com SII (Khanna *et al.*, 2021).

A doença inflamatória intestinal (DII) é um termo denominado que engloba doenças crônicas que são divididas em doença de Crohn (DC) e retocolite ulcerativa idiopática (RCUI). Sua causa não é conhecida, porém, provavelmente multifatorial. Além disso, devido à cronicidade de seus sintomas e à progressão para inaptidão, os pacientes com DII podem apresentar comprometimento da sua qualidade de vida, doenças psicológicas, incluindo ansiedade e depressão, distúrbios do sono e fadiga (Gao *et al.*, 2021). Em nível regional, as maiores taxas de prevalência padronizadas por idade de DII foram observadas na América do Norte (422,0 casos por 100.000 habitantes), enquanto as menores taxas de prevalência padronizadas por idade foram observadas no Caribe (6,7 casos por 100.000 habitantes) (Peppercor; Cheifetz, 2024).

No que se diz a respeito sobre a DII, pacientes com depressão/ansiedade têm taxas mais altas de hospitalização e maior gravidade da doença do que aqueles que não apresentam (Gao *et al.*, 2021). Uma revisão sistemática de Antonina Mikocka-Walus *et al.* relatou uma taxa de prevalência de ansiedade em DII variando entre 15,1 e 40%. Uma outra revisão sistemática mais recente e uma meta-análise de Barberio, Zamani *et al.* descobriram uma prevalência de sintomas ansiosos de 32,1% (Sneineh *et al.*, 2022). Outros estudos mostraram que o estresse psicossocial supostamente apresentava associação tanto com a DC quanto a RCUI, tal que a prevalência de

ansiedade nas DII foi pelos menos o dobro da população geral, e que pacientes com sintomas elevados de ansiedade tinham probabilidade aumentada de terem DII ativa, justificando-se assim a triagem desses pacientes quanto à presença de comorbidades psiquiátricas (Sneineh *et al.*, 2022; Gao *et al.*, 2021).

A doença do Refluxo gastroesofágico (DRGE), definida como pelo menos um episódio semanal de pirose e/ou regurgitação, é a doença crônica gastrointestinal mais comumente encontrada em consultórios médicos. No Brasil, cerca de 12% da população é afetada pela doença que acarreta grande impacto socioeconômico e psicológicos nos pacientes acometidos, como redução da produtividade de trabalho, e prejuízos ao bem estar físico e emocional quando comparado a população geral (Bortoli *et al.*, 2021; Suzuki *et al.*, 2011).

Atualmente, sabe-se que a DRGE possui uma complexa e multifatorial fisiopatologia. Entre os fatores predisponentes, está o transtorno da ansiedade (Pimentel, 2019). Nesse sentido, diversos estudos mostraram associação da ocorrência de refluxo anormal do ácido gástrico a fatores psicológicos e psicossociais, como o transtorno da ansiedade, que provocou em alguns pacientes a diminuição da pressão do esfíncter esofágico anterior, alterando a motilidade esofágica e/ou aumentando a secreção de ácido gástrico. Além disso, outros estudos afirmam que os pacientes que possuem o transtorno da ansiedade apresentaram um risco maior em 2,8 vezes de apresentarem o sintoma refluxo. (Bohm; Aldrighi, 2021).

As doenças pépticas ácidas são compostas pelas úlceras gástricas e duodenais, que ocorrem em uma parte da mucosa inflamada da mucosa, podendo ser acompanhadas de sintomas dispépticos. Essa área inflamada é caracterizada por sinais à endoscopia de edema e eritema na mucosa, mas a avaliação pela microscopia é indispensável para se fechar o diagnóstico definitivo (Goldman; Schaffer, 2016).

Tendo em vista a possível correlação entre a ansiedade e a depressão e o desenvolvimento de doenças gastrointestinais, e a alta prevalência de ambas na sociedade, o trabalho em questão tem por objetivo comparar a prevalência da ansiedade e da depressão no grupo de pacientes portadores de doenças ambulatorio

de gastroenterologia no HSCMV em comparação ao grupo composto por pacientes do ambulatório de clínica médica, além de traçar o perfil epidemiológico da ansiedade e depressão em pacientes com patologias gastrointestinais, descobrindo qual a doença possui maior relação com o transtorno de ansiedade.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Comparar a prevalência do transtorno de ansiedade e depressão entre os pacientes do ambulatório de gastroenterologia e o ambulatório de clínica médica.

2.2 OBJETIVO SECUNDÁRIO

- a. Comparar as taxas de prevalência de ansiedade e depressão pelas principais patologias gastroenterológicas.

- b. Descobrir a prevalência do transtorno de ansiedade e depressão no grupo de pacientes do ambulatório de gastroenterologia.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de coorte, realizado com pacientes do ambulatório de gastroenterologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV) e com o ambulatório de clínica médica do HSCMV. O Cálculo amostral foi realizado para verificar associação de duas especialidades (clínica médica e gastroenterologia) com os níveis de ansiedade (improvável, possível e provável), assim, considerando 2 graus de liberdade, 5% de significância e um poder do teste de 90%, gerando um tamanho amostral de aproximadamente 142 elementos. O tamanho de amostra foi calculado no programa G*Power versão 3.1.9.4.

3.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DE PARTICIPANTES

Serão recrutados a participar do estudo pacientes atendidos no ambulatório de gastroenterologia da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, acima de 18 anos que aceitaram participar da pesquisa por meio da assinatura do TCLE (APÊNDICE B).

3.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DE PARTICIPANTES

Pacientes que não tiverem autonomia para responder ao questionário.

3.4. ASPECTOS ÉTICOS

Por tratar-se de uma pesquisa envolvendo seres humanos, será solicitada autorização de participação na pesquisa ao paciente por meio do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) em linguagem acessível. Nos procedimentos empregados serão asseguradas a confidencialidade e a privacidade, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou comunidade. A carta de anuência necessária será assinada pelo diretor do hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória- ES. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM, os pacientes serão convidados a participar do

estudo e os dados clínicos dos prontuários serão revisados

3.5. RISCOS

Sob o ponto de vista ético o estudo possui um risco mínimo, sendo este o risco de quebra acidental da confidencialidade dos dados dos pacientes, ou o constrangimento em responder as perguntas. Entretanto, os pesquisadores se comprometem com o compromisso de sigilo profissional assumido.

3.6. BENEFÍCIOS*

O estudo poderá contribuir para o desenvolvimento científico, em que os resultados desse estudo poderão ser apresentados na forma de artigos científicos que possibilitará mudanças nas políticas educativas governamentais de conscientização da população sobre as doenças psiquiátricas.

Outro benefício é ser o primeiro trabalho no estado a investigar tal prevalência. Além disso, os pacientes que apresentarem uma forte suspeita de distúrbio psiquiátrico e não apresentam esse diagnóstico anteriormente irão ser repassados aos médicos assistentes dos ambulatórios em questão para uma investigação e um devido encaminhamento para o médico especialista

3.7. COLETA DE DADOS

A coleta e a análise dos dados serão iniciadas somente após a emissão do parecer de aprovação pelo CEP, considerando todos os critérios da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que aborda as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Durante os 12 meses de coleta de dados, os que preencherem os critérios de inclusão serão organizados em uma planilha do Microsoft Office Excel. Contendo as seguintes variáveis demográficas: nome, gênero (feminino; masculino), idade (anos completos), cor autodeclarada (amarela, branca; parda; preta). E variáveis clínicas: Ambulatório que está frequentando, se já apresenta diagnóstico para ansiedade e se já utiliza medicação para ansiedade e doença principal em acompanhamento. Será utilizado o questionário escala HADS

para classificar os pacientes como portadores ou não do transtorno da ansiedade e depressão. O instrumento de pesquisa será a escala HADS, para a avaliação do nível de ansiedade e depressão estruturado com questões fechadas (ANEXO A).

3.8. NORMAS DE BIOSSEGURANÇA

Serão obedecidas as normas de biossegurança preconizadas pelo Hospital Escola da EMESCAM, como o uso de máscaras, jalecos, lavagem de mãos, e uso de demais equipamentos de proteção individuais.

3.9. DESFECHO PRIMÁRIO

Espera-se encontrar que os pacientes que possuem doenças gastrointestinais têm maior prevalência de ansiedade e depressão do que os pacientes do ambulatório de clínica médica.

3.10. ANÁLISE DE DADOS*

As variáveis qualitativas, que constituem os dados, como a pontuação no escore de HAD (0-21), sexo do paciente, idade, raça e o ambulatório frequentado serão investigadas por meio do teste qui-quadrado de Pearson, uma vez que prevê-se um $N > 20$. Caso se encontre menos de 5 observações para alguma determinada casela, será utilizado o teste exato de Fisher.

4 RESULTADOS

Por meio desse estudo, foi possível obter diversos dados relevantes que contribuem para o entendimento dos objetivos propostos, fornecendo uma base sólida para a discussão subsequente.

Quadro 1 - Dados demográficos da população total

		Frequência (122 indivíduos)	Porcentagem (Total 100%)
Sexo	Feminino	79	64,8%
	Masculino	43	35,2%
Raça	Branca	45	36,9%
	Parda	61	50,0%
	Preta	14	11,5%
	Amarela	2	1,6%
Idade	18-25	12	9,9%
	26-40	15	12,3%
	41-65	61	50,0%
	66-80	28	23,0%
	81+	6	4,9%

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

A população do estudo consistiu em 122 entrevistadas, sendo a maioria do sexo feminino, com 79 participantes, enquanto 43 eram do sexo masculino. Em relação à faixa etária, metade dos entrevistados tinham entre 40 e 65, totalizando 61 pessoas. 28 pessoas tinham entre 65 e 80, enquanto 15 estavam na faixa de 26 a 40. 12 participantes tinham entre 18 e 26 e 6 pessoas tinham 80 anos ou mais. Sobre a cor, 61 pessoas se identificaram como pardas, 45 como brancas, 14 como pretas e 2 como amarelas. (Quadro 1).

Quadro 2 - Dados demográficos da população total

		Frequência	Porcentagem
Válido	Clínica médica	44	36,1
	Gastroenterologia	78	63,9
	Total	122	100,0

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Quanto à distribuição entre os ambulatórios, 78 participantes frequentavam o ambulatório de gastroenterologia e 44 frequentavam o ambulatório de clínica médica. (Quadro 2)

Quadro 3- História patológica progressa de ansiedade

		Frequência	Porcentagem
Tem diagnóstico de ansiedade	Sim	45	36,90%
	Não	77	63,10%
Tem diagnóstico de depressão	Sim	20	16,4%
	Não	102	83,60%

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Em relação à história patológica prévia, 77 pessoas não tinham diagnóstico prévio de ansiedade, enquanto 45 tinham. No caso da depressão, 102 pessoas não tinham diagnóstico prévio, enquanto 20 tinham. (Quadro 3)

Quadro 4 - Pontuação na Escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

		Frequência	Porcentagem
Ansiedade	0-7 pontos	65	54,20%
	8-11 pontos	28	22,30%
	12-21 pontos	27	23,50%
Depressão	0-7 pontos	72	59,50%
	8-11 pontos	17	14%
	12-21 pontos	32	26,40%

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Na escala HADS, 65 pessoas tiveram pontuação entre 0 e 7, indicando que a ansiedade é improvável. 28 pessoas marcaram entre 8 e 11, sugerindo uma possível ansiedade, enquanto 27 pessoas obtiveram pontuações entre 12 e 21, o que indica probabilidade de ansiedade. (Tabela 4)

Para o teste de depressão, 72 pessoas pontuaram entre 0 e 7, indicando que a depressão é improvável. 17 pessoas tiveram pontuações entre 8 e 11, sugerindo possível depressão, e 32 pessoas pontuaram entre 12 e 21, indicando uma probabilidade de depressão. (Quadro 4)

Quadro 5 - Usa medicamentos para ansiedade/depressão

	Frequência	Porcentagem
Não	87	71,3%
Sim	35	28,7%

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Sobre o uso de medicação para ansiedade/depressão, 87 pacientes negaram e 35 afirmaram fazer o uso. (Quadro 5)

Quadro 6 - Diagnóstico da doença em tratamento

		Frequência	Porcentagem
Doenças Inflamatórias Intestinais	Doença de Crohn	21	17%
	Retocolite Ulcerativa	19	15%
	DII não especificada	4	3%
	Hipertensão	14	11%
	Diabetes	10	8%
	Hipotireoidismo	5	4%
	Não soube informar	22	18%

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Em relação ao diagnóstico da doença em tratamento, os mais relevantes em prevalência foram as doenças inflamatórias intestinais, com 44 indivíduos com esse diagnóstico, sendo 21 indivíduos com diagnóstico de doença de Crohn, 19 com diagnóstico de RCU e 4 com colite e DII não especificada. Em seguida, tem se a hipertensão, com 14 indivíduos, e a diabetes, com 10. 5 acompanhavam por hipotireoidismo, e 22 não souberam informar (em investigação 3 + não sabe informar 10 + sem diagnóstico 9). (Quadro 6)

Quadro 7- História patológica pregressa

		Ambulatório de Gastroenterologia	Ambulatório de Clínica médica
Tem diagnóstico de ansiedade	Sim	30 (38,5%)	15 (34,1%)
	Não	48 (61,5%)	29 (65,9%)
Tem diagnóstico de depressão	Sim	12 (15,4%)	8 (18,2%)
	Não	66 (84,6%)	36 (81,8%)

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Em relação ao ambulatório gastroenterologia, foi observado que 30 (38,5%) entrevistados possuíam o diagnóstico prévio de ansiedade, enquanto 48 (61,5%) não tinham diagnóstico de ansiedade. 12 pacientes (15,4%) possuíam diagnóstico de depressão, contra 66 (84,6%) não possuíam o diagnóstico de depressão.

Simultaneamente, no ambulatório de clínica médica, foi observado que 15 (34,1%) entrevistados já tinham um diagnóstico prévio de ansiedade, enquanto 29 (65,9%) não possuíam esse diagnóstico. Além disso, 8 (18,2%) tinham diagnóstico de depressão, enquanto 36 (81,8%) não tinham sido diagnosticados com depressão. (Quadro 7)

Quadro 8- Escala HADS Depressão

			0-7 (Improvável)	8 - 21 (possível/provável)	
Ambulatório	Gastroenterologia	Contagem	46	32	78
		% em Ambulatório	58,97%	41,03%	100,00%
	Clínica Médica	Contagem	27	17	44
		% em Ambulatório	61,36%	38,64%	100,00%
Total		Contagem	73	49	122
		% em Ambulatório	59,84%	40,16%	100,00%

Fonte: Elaborado pelos autores (2024)

Quadro 9- Escala HADS ansiedade

			0-7 (Improvável)	8 - 21 (possível/provável)	
Ambulatório que está frequentando	Gastroenterologia	Contagem	43	35	78
			55,13%	44,87%	100,00%
	Clínica médica	Contagem	23	21	44
			52,27%	47,73%	100,00%
Total		Contagem	66	56	122
			54,10%	45,90%	100,00%

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Sobre a escala HADS para depressão, 38,6% dos pacientes do ambulatório de CM pontuaram entre 8-21 no HAD, contra 41% do ambulatório de gastroenterologia. (Quadro 8) Em relação a escala HADS para ansiedade, 47,7% dos pacientes do ambulatório de CM pontuaram entre 8-21 no HAD para ansiedade, contra 44,9% do ambulatório de gastroenterologia. (Quadro 9)

Quadro 10 - Comparação entre diagnóstico prévio e pontuação na escala HADS no ambulatório geral

Patologia	Diagnóstico Prévio	Pontuação 8-21 na escala HADS
Ansiedade	45 (36,9%)	55 (45,8%)
Depressão	20 (16,4%)	49 (37,4%)

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Na população total, 45 (36,9%) dos pacientes possuíam diagnóstico prévio de ansiedade; 55 (45,8%) pontuaram entre 8-21 no HAD para ansiedade, indicando diagnóstico possível ou provável. (Quadro 10)

Nessa mesma população, 20 (16,4%) dos pacientes possuíam diagnóstico prévio de depressão, 49 (37,4%) pontuaram entre 8-21 no HAD para depressão, indicando diagnóstico possível ou provável. (Quadro 10)

5 DISCUSSÃO

Foi observada uma prevalência percentual semelhante do diagnóstico prévio de ansiedade e depressão nos dois ambulatórios, sendo 15 (34,1%) e 8 (18,2%) indivíduos respectivamente no de Clínica Médica; contra 30 (38,5%) e 12 (15,4%) indivíduos respectivamente no de Gastroenterologia, e dessa forma, não se obteve relevância estatística. Em relação a prevalência da ansiedade, esses achados vão de encontro ao observado em um estudo transversal realizado na China com mais de 1.000 pacientes, que encontrou que 9,42% possuíam transtorno de ansiedade. No tangente a depressão, esse mesmo estudo constatou que 14,39% apresentavam transtornos depressivos (Li, X. J. *et al.*, 2012).

Quadro 11- História patológica progressa

Tem diagnóstico de ansiedade			Não	Sim	Total
GÊNERO	FEMININO	Contagem	44	35	79
		%	55,7%	44,3%	
	MASCULINO	Contagem	33	10	43
		%	76,7%	23,3%	
Total		Contagem	77	45	122
		%	63,1%	36,9%	

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Em relação ao gênero, observou-se uma correlação do diagnóstico prévio de ansiedade com o gênero feminino, com 35 (44,3%) das pacientes tendo esse diagnóstico prévio, contra 10 (23,3%) dos pacientes masculinos. 44 (55,7%) das pacientes femininas não possuíam o diagnóstico, contra 33 (76,7%) dos pacientes homens. Esse dado teve relevância estatística, com p de 0,021, e um Odds Ratio de 2,625 (Quadro 11). Outros estudos relataram a relação entre o gênero e a patologia citada. No estudo conduzido por Li, foi observado uma prevalência ajustada de ansiedade em mulheres foi 16,40% e em homens foi 12,06%, mostrando uma taxa de ansiedade maior em mulheres em comparação aos homens assim como no estudo

atual. Ademais, Arcand *et al* em seu estudo mencionou sobre o efeito protetor da masculinidade, observando que a indivíduos do sexo masculino tem uma proteção dos sintomas de depressão e ansiedade (Arcand *et al.*, 2020; Li *et al.*, 2012).

Quadro 12- Teste HAD

Pontuação no teste de HAD - Ansiedade			0-7 (Improvável)	8 - 21 (possível/provável)	Total
Cor	Branca	Contagem	31	14	45
		% em Cor	68,9%	31,1%	100,0%
	Não branca	Contagem	35	42	77
		% em Cor	45,5%	54,5%	100,0%
Total		Contagem	66	56	122
		% em Cor	54,1%	45,9%	100,0%

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Quadro 13 - História patológica progressiva de ansiedade

Tem diagnóstico de ansiedade?			Não	Sim	Total
Cor	Branca	Contagem	37	8	45
		%	82,2%	17,8%	100,0%
	Não branca	Contagem	40	37	77
		%	51,9%	48,1%	100,0%
Total		Contagem	77	45	122
		%	63,1%	36,9%	100,0%

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Os resultados da presente pesquisa revelaram uma diferença estatisticamente significativa na pontuação de ansiedade entre indivíduos brancos e não brancos, conforme mensurado pelo teste HAD. Especificamente, 68,9% dos indivíduos brancos apresentaram pontuações indicando uma improvável ansiedade (0-7), enquanto 54,5% dos indivíduos não brancos pontuaram na faixa de 8-21, sugerindo possível ou provável ansiedade (Quadro 12). Esse achado, com $p = 0,012$, destaca uma diferença considerável entre os dois grupos raciais. Sobre a associação da cor com o diagnóstico prévio de ansiedade, foi observada relevância estatística nesse cruzamento de dados, com p de 0,001, mostrando associação da cor não branca

com o diagnóstico prévio de ansiedade, e da cor branca sem o diagnóstico prévio de ansiedade, com resíduos ajustados de 3,3. Entre os brancos, 37 (82,2%) não possuíam o diagnóstico, e 8 (17,8%) possuíam; contra 40 (51,9%) dos não brancos que eram sem diagnóstico, e 37 (48,1%) possuíam o diagnóstico. (Quadro 13)

Essa disparidade pode ser explicada à luz de fatores socioeconômicos e contextuais, conforme sugerido na literatura. (Bey *et al.* 2018) argumentam que o estresse crônico resultante da desigualdade social é um fator determinante que afeta negativamente a saúde física e mental. Indivíduos de grupos raciais historicamente marginalizados, como os não brancos, estão frequentemente expostos a condições adversas de vida, incluindo menor acesso a recursos de saúde, habitação precária e uma exposição contínua à discriminação. Esses fatores socioeconômicos e ambientais podem contribuir para o aumento da prevalência de ansiedade entre esses indivíduos, refletindo-se nas pontuações mais altas observadas no teste HAD.

Adicionalmente, Smole e Araújo (2017, p. 4012-4030) reforçam que não existe uma base biológica que relacione diretamente raça à saúde mental, o que indica que a associação entre raça e saúde mental é mediada principalmente por fatores sociais e ambientais. A identificação de uma maior carga de transtornos de ansiedade entre indivíduos não brancos sublinha a necessidade de intervenções específicas que visem mitigar esses fatores de risco, promovendo um ambiente social mais equitativo e saudável.

Corroborando esses achados, Silva Júnior *et al.* (2021) identificaram uma associação significativa entre o Transtorno de Ansiedade Generalizada (GAD) e a cor da pele. O estudo demonstrou uma associação significativa com a cor da pele preta (PR 1,10; IC 95% 1,01-1,20; $p = 0,02$) e parda (PR 0,92; IC 95% 0,86-0,98; $p = 0,01$), utilizando a cor da pele branca como categoria de referência. Esses resultados complementam os achados da presente pesquisa ao destacar que indivíduos de cor preta têm maior probabilidade de desenvolver transtornos de ansiedade em comparação com indivíduos brancos, reforçando a ideia de que as disparidades raciais em saúde mental são mediadas por fatores sociais e ambientais.

A relevância estatística dos resultados observados, evidenciada pelo p-valor significativo, sugere que as diferenças na pontuação de ansiedade entre os grupos raciais não são meramente aleatórias, mas refletem uma tendência consistente e preocupante. O fato de que indivíduos não brancos têm maior probabilidade de apresentar ansiedade, conforme indicado pelos resíduos ajustados e pelas associações observadas por Silva Júnior *et al.* (2021), destaca a importância de se considerar fatores sociais e raciais ao estudar a prevalência de transtornos mentais.

Quadro 14 - História patológica progressiva de depressão

Pontuação no teste de HAD - Depressão		0-7 (Improvável)	8 - 21 (possível/provável)	Total	
Cor	Branca	Contagem	34	11	45
		% r	75,6%	24,4%	100,0%
	Não branca	Contagem	39	38	77
		%	50,6%	49,4%	100,0%
Total		Contagem	73	49	122
		%	59,8%	40,2%	100,0%

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Em relação ao teste HAD de depressão, foi observado que, entre os participantes que se identificaram como brancos, 34 (75,6%) tiveram uma pontuação entre 0-7, indicando uma depressão improvável. Já 11 (24,4%) pontuaram na faixa de 8-21, sugerindo uma possível ou provável depressão. No grupo de participantes não brancos, 39 (50,6%) pontuaram entre 0-7, enquanto 38 (49,4%) pontuaram entre 8-21. Esses resultados apresentaram significância estatística ($p = 0,007$), com resíduos ajustados de 2,7 para participantes não brancos com pontuação entre 8-21 e 2,7 para brancos com pontuação entre 0-7. (Quadro14)

Os dados indicam uma maior prevalência de depressão entre indivíduos que se identificam como não brancos em comparação com os que se identificam como brancos. Entre os não brancos, 49,4% pontuaram no teste HAD entre 8-21, sugerindo uma possível ou provável depressão, enquanto essa proporção foi de 24,4% entre os

brancos, com uma significância estatística de $p = 0,007$. Esses achados mostram uma relação significativa entre cor e a presença de sintomas depressivos.

Comparando esses resultados com a literatura, nota-se uma heterogeneidade nas associações entre cor e depressão. Um estudo indicou que mulheres morenas (OR = 1,30; IC 95%: 0,85-2,01), mulatas (OR = 1,78; IC 95%: 1,09-2,90) e negras (OR = 1,14; IC 95%: 0,70-1,87) têm uma probabilidade aumentada de possuir depressão em comparação com brancas, sendo a diferença significativa apenas entre mulatas. Este achado é consistente com nossos resultados, onde a maior prevalência de depressão foi observada entre os indivíduos não brancos. (Smolen; Araújo, 2017)

Por outro lado, outros estudos apresentam resultados diferentes. Por exemplo, uma análise ajustada por discriminação racial não encontrou diferença significativa na prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) entre pardos/negros e brancos (OR = 0,9; IC 95%: 0,5-1,4). Além disso, um estudo específico descobriu que mulheres negras tinham uma menor prevalência de depressão em comparação com mulheres brancas (OR = 0,72; IC 95%: 0,56-0,94), o que contrasta com nossos achados. (Smolen; Araújo, 2017)

Essas diferenças podem ser explicadas por variados contextos socioeconômicos e culturais dos participantes dos estudos, além dos métodos usados para ajustar variáveis como a discriminação racial. Além disso, a definição de cor pode variar entre os estudos, o que pode influenciar as associações encontradas. Portanto, embora nossos resultados sugere uma associação significativa entre ser não branco e a presença de sintomas depressivos, a interpretação desses dados deve ser feita com cautela, levando em conta as complexidades e as diferentes abordagens metodológicas presentes na literatura.

Quadro 15 - Comparação entre diagnóstico prévio e pontuação na escala HADS no ambulatório de gastroenterologia

Patologia	Diagnóstico Prévio	Pontuação 8-21 na escala HADS
Ansiedade	30 (38,5%)	35 (44,9%)
Depressão	12 (15,3%)	32 (41,0%)

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Os resultados da presente pesquisa revelam uma preocupante prevalência de subdiagnósticos em pacientes atendidos no ambulatório de gastroenterologia. No que diz respeito à ansiedade, 38,5% dos pacientes possuíam um diagnóstico prévio, enquanto 44,9% apresentaram pontuações entre 8-21 no teste HAD, indicando um diagnóstico possível ou provável. Da mesma forma, apenas 15,3% dos pacientes tinham um diagnóstico prévio de depressão, mas 41% pontuaram na faixa de 8-21, sugerindo a presença de depressão não diagnosticada em uma parcela significativa dos pacientes. (Quadro 15)

Esses dados ressaltam um problema crônico na prática médica: o subdiagnóstico de transtornos mentais, especialmente em ambientes de cuidados primários e especializados, como os ambulatórios. Conforme apontado por Davidso e Meltzer-Brody (1999, p 4-9), o estudo ECA revelou que aproximadamente um terço dos pacientes que sofrem de um episódio depressivo maior não busca tratamento, e, entre aqueles que buscam, apenas 10% recebem doses adequadas de terapia antidepressiva por um tempo suficiente. Esse dado sublinha a falta de reconhecimento e tratamento adequado da depressão, exacerbada pela percepção equivocada de que a depressão não é uma "doença real" e pelo tempo limitado disponível para os médicos de atenção primária diagnosticarem e tratarem esses pacientes de forma eficaz. (Davidson; Meltzer-Brody, 1999)

Além disso, uma parte dos pacientes não reconhecem que estão deprimidos, em parte devido aos próprios sintomas da doença, que podem roubar a iniciativa e motivação para buscar ajuda. O estigma associado à depressão também desempenha um papel significativo na falta de esforço para procurar tratamento, o

que contribui para o subdiagnóstico e o tratamento inadequado.

O estudo de (Olariu *et al.*,2015) complementa essa discussão ao destacar as dificuldades enfrentadas pelos médicos generalistas (MG) ao diagnosticar transtornos de ansiedade. A sensibilidade, ou seja, a capacidade de identificar corretamente os casos, foi de apenas 44,5%, enquanto a especificidade foi alta (90,8%). Isso significa que, embora os MGs sejam bons em identificar indivíduos que não têm transtornos de ansiedade, eles frequentemente falham em reconhecer aqueles que realmente estão doentes. Esse padrão é consistente com os achados para a depressão, onde a sensibilidade é de 50,1% e a especificidade de 81,3%, e para outros transtornos mentais, como os transtornos de uso de álcool.

Esses dados sugerem que os médicos têm dificuldade em diagnosticar adequadamente transtornos de ansiedade em casos reais, com uma taxa de reconhecimento ainda menor em diagnósticos não assistidos. Dada a baixa sensibilidade observada, uma possível solução seria aumentar o nível de suspeita dos médicos em relação à presença de transtornos de ansiedade, possivelmente através do uso de instrumentos de triagem adequados.

6 CONCLUSÃO

Os resultados destacam que a ansiedade é ligeiramente mais prevalente no ambulatório de Gastroenterologia, enquanto a depressão tem uma prevalência semelhante em ambos os contextos. Entretanto, a prevalência de diagnóstico prévio de ansiedade e depressão não mostrou uma diferença estatisticamente significativa entre os dois ambulatórios, devido a isso, os dados evidenciam nuances importantes que merecem atenção.

A análise por gênero e cor revela dados significativos. Observou-se que a ansiedade está mais associada ao gênero feminino, corroborando achados anteriores que sugerem uma maior predisposição das mulheres a transtornos de ansiedade. Além disso, a pesquisa indica uma prevalência mais alta de ansiedade e depressão entre indivíduos não brancos. Esses achados estão alinhados com a literatura que sugere que fatores socioeconômicos e ambientais, mais do que fatores biológicos, desempenham um papel crucial na saúde mental, especialmente em populações marginalizadas.

A descoberta de um subdiagnóstico significativo de ansiedade e depressão, especialmente no ambulatório de Gastroenterologia, aponta para uma lacuna crítica na identificação e tratamento desses transtornos. A baixa taxa de diagnóstico prévio e a alta porcentagem de pacientes com sintomas compatíveis com ansiedade e depressão, mas sem diagnóstico formal, sublinha a necessidade urgente de melhorar os mecanismos de triagem e a capacitação dos profissionais de saúde para reconhecer e tratar esses transtornos de forma eficaz.

Adicionalmente, a comparação com a literatura sobre a sensibilidade e especificidade dos diagnósticos sugere que, mesmo em ambientes de cuidados especializados, há desafios contínuos na identificação adequada de transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

ADIBI, P. *et al.* Relationship between depression and constipation: Results from a large cross-sectional study in adults. **Taehan Sohwagi Hakhoe chi [The Korean journal of gastroenterology]**, v. 80, n. 2, p. 77–84, 2022. DOI: <https://doi.org/10.4166/kjg.2022.038>. Acesso em: 20 set. 2024.

ARCAND, M. *et al.* Gender roles in relation to symptoms of anxiety and depression among students and workers. **Anxiety, stress, and coping**, v. 33, n. 6, p. 661–674, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32490683/>, Acesso em: 22 set. 2024.

BEY, G. S. *et al.* Gendered race modification of the association between chronic stress and depression among Black and White U.S. adults. **The American journal of orthopsychiatry**, v. 88, n. 2, p. 151–160, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5854524/>. Acesso em 22 set. 2024.

BOHM, E. F ; ALDRIGHI, J. D. R. Associação entre depressão e ansiedade na doença do refluxo gastroesofágico no período de 2010 a 2020. *In*: CONGRESSO ONLINE BRASILEIRO DE MEDICINA, 1., 2021, São Paulo. **Anais eletrônicos [...]**. São Paulo: Congresse.me, 2024. Disponível em: <https://eventos.congresse.me/conbramed/resumos/9570.pdf?version=original>. Acesso em: 25 set. 2024

BORTOLI, V. F. *et al.* Doença do refluxo gastroesofágico - uma revisão da literatura/ Gastroesophageal reflux disease - a review of the literature. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 3, p. 14245–14253, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-356>. Acesso em: 25 set. 2024.

SILVA JÚNIOR, A. E. da *et al.* Racial differences in generalized anxiety disorder during the COVID-19 pandemic among Brazilian university students: A national survey. **Journal of racial and ethnic health disparities**, v. 9, n. 5, p. 1680–1688, 2022. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40615-021-01107-3>. Acesso em: 23 set. 2024.

DAVIDSON, J. R.; MELTZER-BRODY, S. E. The underrecognition and undertreatment of depression: what is the breadth and depth of the problem? **The journal of clinical psychiatry**, v. 60 Suppl 7, p. 4–9; discussion 10-1, 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34291439/> Acesso em: 25 set. 2024

GOLDMAN, L; SCHAFFER; A I. **Goldman-Schaffer Medicina**. 26. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2022.

HUMES, E C *et al.* **Psiquiatria Interdisciplinar**. Barueri: Editora Manole, 2016. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520451359/>. Acesso em: 26 set. 2024.

KHANNA, S. *et al.* Sociodemographic and clinical profiles of patients with irritable bowel syndrome: A cross-sectional, multi-centric, epidemiological study in India. **The Journal of the Association of Physicians of India**, v. 69, n. 4, p. 11–12, 2021. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34470190/>. Acesso em: 25 set. 2024.

LI, X.-J. *et al.* Prevalence of depressive and anxiety disorders in Chinese gastroenterological outpatients. **World journal of gastroenterology: WJG**, v. 18, n. 20, p. 2561–2568, 2012. Disponível em: <https://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v18/i20/2561.htm>. Acesso em 25 set. 2024.

OLARIU, E. *et al.* Detection of anxiety disorders in primary care: A meta-analysis of assisted and unassisted diagnoses. **Depression and anxiety**, v. 32, n. 7, p. 471–484, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17288506/>. Acesso em 25 set. 2024.

PEPPERCORN, M. A.; Cheifetz; A. S. Definitions, epidemiology, and risk factors for inflammatory bowel disease. **UpToDate**. 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/definitions-epidemiology-and-risk-factors-for-inflammatory-bowel-disease#references>. Acesso em: 26 set. 2024

PIMENTEL, G. C. **Prevalência de ansiedade e depressão em pacientes com doença do refluxo gastroesofágico em um ambulatório de ensino de passo fundo**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) - Universidade Federal da Fronteira Sul. Passo Fundo, 2019. Disponível em <https://rd.uffs.edu.br/bitstream/prefix/4076/1/GABRIEL%20CESAR%20PIMENTEL.pdf>. Acesso em: 22 set. 2024.

RUAN, X. *et al.* Depression and 24 gastrointestinal diseases: a Mendelian randomization study. **Translational psychiatry**, v. 13, n. 1, p. 146, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37142593/>. Acesso em 22 set. 2024.

SMOLEN, J. R.; ARAÚJO, E. M. DE. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciencia & saúde coletiva**, v. 22, n. 12, p. 4021–4030, 2017. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/RJbPdTCPbgSFcMpMYjbh8Fv/>. Acesso em: 22 set. 2024.

SNEINEH, A. A. *et al.* Prevalence of anxiety and depressive symptoms in ulcerative colitis patients in Jordan and its relationship to patient-reported disease activity. **Scientific reports**, v. 12, n. 1, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-022-11911-4>. Acesso em: 22 set. 2024.

SUZUKI, N. M. *et al.* Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE): epidemiologia e qualidade de vida em estudantes universitários: **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, v. 56, n.2 , p. 65–67, 2011. Disponível em: <https://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/314>. Acesso em: 22 set. 2024.

XIN-GAO *et al.* Symptoms of anxiety/depression is associated with more aggressive inflammatory bowel disease. **Scientific Reports**, v. 11, n. 1, 14 jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81213-8>. Acesso em: 26 set. 2024.

ZALTMAN, C. Doença inflamatória intestinal: qual a relevância da doença no Brasil? **Cadernos de saúde pública**, v. 23, n. 5, p. 992–993, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000500001>. Acesso em: 22 set. 2024.

APÊNDICES

APÊNDICE A - FICHA DE COLETA DE DADOS CLÍNICOS

GÊNERO	<input type="checkbox"/> FEMINO <input type="checkbox"/> MASCULINO
IDADE	IDADE EM ANOS COMPLETOS
COR	<input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> PARDA <input type="checkbox"/> PRETA
Ambulatório que está frequentando	<input type="checkbox"/> Gastroenterologia <input type="checkbox"/> Clínica médica
Tem diagnóstico de ansiedade/ depressão?	<input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> depressao <input type="checkbox"/> NÃO
Usa medicamento para ansiedade / depressão	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Diagnóstico da doença em tratamento	

APÊNDICE B - TCLE

MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa intitulada MAPEAMENTO DA PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM AMBULATÓRIOS MÉDICOS, sob a responsabilidade do Dr. Felipe Bertollo Ferreira

JUSTIFICATIVA: Aprofundar o conhecimento acerca da associação entre problemas gastrointestinais com ansiedade

OBJETIVO(S) DA PESQUISA: Avaliar a associação da ansiedade e da depressão com as doenças gastrointestinais.

PROCEDIMENTOS: Você será entrevistado por um dos pesquisadores do estudo sobre o seu histórico clínico de catarata: se a doença atinge um ou ambos os olhos, sobre sua percepção sobre sua saúde geral, dificuldade com atividades e reações aos problemas de visão. O questionário assinalado será preenchido pelos pesquisadores posteriormente utilizando a plataforma *Google Forms*.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA: A entrevista será realizada nos ambulatórios de gastroenterologia e clínica médica do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, com uma duração aproximada de 3 minutos.

RISCOS E DESCONFORTOS: Pode haver constrangimento quanto às perguntas presentes na entrevista, além de possível quebra do sigilo das respostas obtidas. Os pesquisadores asseguram que prezarão sempre pela privacidade das informações, evitando o acesso indevido aos dados.

BENEFÍCIOS: O estudo conduzirá-se de modo a auxiliar a comunidade científica a ampliar o conhecimento no que tange a relação e o possível impacto da ansiedade em patologias gastrointestinais.

ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Os participantes da pesquisa poderão, a qualquer momento, pedir assistência acerca dos dados fornecidos ou dúvidas que possam surgir quanto ao estudo.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO: Você não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento, sem que seja penalizado ou que tenha prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, você não será mais contatado(a) pelos pesquisadores.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE: Os pesquisadores se comprometem a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive após finalizada e publicada.

GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO: Os participantes da pesquisa não

precisarão dispor de nenhum valor financeiro.

GARANTIA DE INDENIZAÇÃO: Fica garantido ao participante o direito de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Rubrica do participante/responsável Rubrica do pesquisador responsável

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Ciências da Saúde- EMESCAM (CEP/EMESCAM) através do telefone (27) 3334-3586, e-mail comite.etica@emescam.br ou correio:

Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza – Vitória – ES – 29045-402. O CEP/ EMESCAM tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a quinta-feira das 13:30h às 17h e sexta-feira, das 13:30h às 16h.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo(a) pesquisador(a) principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

_____, ____ de ____ de 2023 (local, data)

Participante da pesquisa/Responsável legal

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa, estudo da ansiedade como fator de risco para patologias gastrointestinais eu, Felipe Bertollo Ferreira, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Pesquisador Rubrica do participante/responsável
Rubrica do pesquisador responsável

ANEXOS

ANEXO A – ESCALA HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

DADOS PESSOAIS

ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO TESTE Assinale com “X” a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão.

1. Eu me sinto tensa (o) ou contraída (o):

- a maior parte do tempo[3]
- boa parte do tempo[2]
- de vez em quando[1]
- nunca [0]

2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes:

- sim, do mesmo jeito que antes [0]
- não tanto quanto antes [1]
- só um pouco [2]
- já não consigo ter prazer em nada [3]

3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer () sim, de jeito muito forte [3]

- sim, mas não tão forte [2]
- um pouco, mas isso não me preocupa [1]
- não sinto nada disso[1]

4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas

- do mesmo jeito que antes[0]
- atualmente um pouco menos[1]
- atualmente bem menos[2]
- não consigo mais[3]

5. Estou com a cabeça cheia de preocupações

- a maior parte do tempo[3]
- boa parte do tempo[2]
- de vez em quando[1]
- raramente[0]

6. Eu me sinto alegre

- nunca[3]
- poucas vezes[2]
- muitas vezes[1]
- a maior parte do tempo[0]

7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- sim, quase sempre[0]
- muitas vezes[1]
- poucas vezes[2]
- nunca[3]

8. Eu estou lenta (o) para pensar e fazer coisas:

- quase sempre[3]
- muitas vezes[2]
- poucas vezes[1]
- nunca[0]

9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- nunca[0]
- de vez em quando[1]
- muitas vezes[2]
- quase sempre[3]

10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- completamente[3]
- não estou mais me cuidando como eu deveria[2]
- talvez não tanto quanto antes[1]
- me cuido do mesmo jeito que antes[0]

11. Eu me sinto inquieta (o), como se eu não pudesse ficar parada (o) em lugar nenhum:

- sim, demais[3]
- bastante[2]
- um pouco[1]

não me sinto assim[0]

12. Fico animada (o) esperando animado as coisas boas que estão por vir do mesmo jeito que antes[0]

um pouco menos que antes[1]

bem menos do que antes[2]

quase nunca[3]

13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

a quase todo momento[3]

várias vezes[2]

de vez em quando[1]

não senti isso[0]

14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

quase sempre[0]

várias vezes[1]

poucas vezes[2]

quase nunca[3]

RESULTADO DO TESTE:

OBSERVAÇÕES:

Ansiedade: [] questões (1,3,5,7,9,11,13) Depressão: [] questões (2,4,6,8,10,12 14) Escore:

0 – 7 pontos: improvável

8 – 11 pontos: possível – (questionável ou duvidosa)

12 – 21 pontos: provável

NOME RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO DO TESTE:

DATA:

ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Mapeamento da prevalência de ansiedade e depressão em ambulatórios médicos

Pesquisador: Felipe Bertollo Ferreira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 77348223.6.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.035.530

Apresentação do Projeto:

Os autores do projeto descrevem que se trata de um estudo de coorte, realizado com 150 pacientes do ambulatório de gastroenterologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV) e com o ambulatório de clínica médica do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV). Os dados serão coletados durante 12 meses por questionário semi-estruturado, na forma de Google Forms, aplicado no momento da triagem, contendo variáveis demográficas, clínicas e também a escala de HADS para classificar os pacientes como portadores ou não do transtorno da ansiedade e depressão.

Objetivo da Pesquisa:

- Comparar as taxas de prevalência de ansiedade e depressão pelas principais patologias gastroenterológicas.
- Descobrir a prevalência do transtorno de ansiedade e depressão no grupo de pacientes do ambulatório de gastroenterologia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são descritos como mínimos, sendo: quebra acidental da confidencialidade dos dados ou o constrangimento em responder as perguntas. Entretanto, os pesquisadores se

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha, nº 2190, prédio Central, térreo, próxima à sala dos professores e módulos de
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 7.035.530

comprometem com o compromisso de sigilo profissional assumido.

Os benefícios são descritos como contribuição científica, conscientização da população sobre ansiedade e depressão e além disso, pacientes suspeitos de distúrbio psiquiátrico ainda não tratados, serão encaminhados aos médicos especialistas na instituição.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem como desfecho primário verificar se os pacientes que possuem doenças gastrointestinais têm maior prevalência de ansiedade e depressão do que os pacientes do ambulatório de clínica médica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão adequados, as solicitações de ajuste do parecer anterior foram atendidas.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2194561.pdf	07/08/2024 16:07:07		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	tccAtualizado0708.docx	07/08/2024 16:06:23	GABRIEL TORRES REIS	Aceito

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha, nº 2190, prédio Central, térreo, próxima à sala dos professores e módulos de
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 7.035.530

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	tccAtualizado0108.docx	01/08/2024 22:21:30	GABRIEL TORRES REIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEATT0108.docx	01/08/2024 22:13:27	GABRIEL TORRES REIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEATT.docx	09/07/2024 16:27:18	GABRIEL TORRES REIS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	435_TCC_AUTLIZADO.docx	09/07/2024 16:26:24	GABRIEL TORRES REIS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	tccAtualizado06_02_24.pdf	06/02/2024 21:02:47	HUMBERTO AVELLAR BEBBER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	cartadeanuenciacep.pdf	06/02/2024 20:37:50	HUMBERTO AVELLAR BEBBER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	tccAtualizado061223.docx	06/12/2023 16:05:23	HUMBERTO AVELLAR BEBBER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEATT.pdf	06/12/2023 16:02:24	HUMBERTO AVELLAR BEBBER	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOASSINADA.pdf	06/12/2023 15:59:53	HUMBERTO AVELLAR BEBBER	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 27 de Agosto de 2024

Assinado por:
rubens José loureiro
(Coordenador(a))

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha, nº 2190, prédio Central, térreo, próxima à sala dos professores e módulos de
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br