

**PERFIL DE PACIENTES AMBULATORIAIS COM TRANSTORNO DE ANSIEDADE  
EM SERVIÇO DE PSIQUIATRIA NO SUL DE SANTA CATARINA**

**PROFILE OF OUTPATIENTS WITH ANXIETY DISORDER IN A PSYCHIATRY  
SERVICE IN THE SOUTH OF SANTA CATARINA**

De Luca, Fernanda Serafin <sup>1</sup>

Leonel Abreu, Lara <sup>2</sup>

Jornada, Luciano Kurtz <sup>3</sup>

Criciúma, SC, Brasil

Financiamento: pelos próprios autores.

<sup>1</sup> Graduanda do curso de Medicina na Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) – Criciúma (SC), Brasil.  
E-mail: [fernandaserafind@gmail.com](mailto:fernandaserafind@gmail.com).

<sup>2</sup> Graduanda do curso de Medicina na Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) – Criciúma (SC), Brasil.  
E-mail: [lara-leonel@hotmail.com](mailto:lara-leonel@hotmail.com).

<sup>3</sup> Doutor em Ciências da Saúde, professor de Psiquiatria na Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) – Criciúma (SC), e Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Araranguá (SC), Brasil. E-mail: [lkj@unesc.net](mailto:lkj@unesc.net).

**RESUMO:**

Os transtornos de ansiedade acometem cerca de um terço da população, causam significativo sofrimento pessoal, limitações interpessoais e, de acordo com a severidade dos sintomas, podem gerar perda de produtividade e menor avanço na carreira profissional. Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar os dados clínicos e epidemiológicos dos pacientes com transtorno de ansiedade e suas comorbidades associadas. Trata-se de um estudo observacional, transversal, analítico, de coleta de dados secundários - por meio de prontuários - e com abordagem quantitativa. Os resultados sugerem que o perfil sociodemográfico da amostra era do sexo feminino, estado civil casado, empregado e com ensino fundamental incompleto. Os transtornos de ansiedade mais prevalentes foram transtorno misto depressivo ansioso (TMDA), transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e transtorno de ansiedade não especificado (TANE). A presença de ideação suicida foi observada em 32,0% dos pacientes. Além disso, a principal comorbidade associada aos transtornos ansiosos foi a depressão unipolar, vista em 24,5% da amostra. Cerca de 66,6% dos pacientes já chegaram ao serviço de psiquiatria com história de tratamento prévio. Diante à alta prevalência desses transtornos, são necessários trabalhos futuros que analisem o perfil dos pacientes os comparando à população geral e a outros transtornos mentais.

**Palavras-chave:** agorafobia, pânico, transtornos fóbicos, ideação suicida.

**ABSTRACT:**

Anxiety disorders affect about a third of the population and, according to the severity of the symptoms, can generate loss of productivity and decreased advancement in the professional career. Thus, the present study aims to assess clinical and epidemiological data of patients with anxiety disorder and their associated comorbidities. This is an observational, cross-sectional, analytical, secondary data collection study - through medical files - with a quantitative approach. Results suggest that the sociodemographic profile of the sample was female, married, employed and with incomplete primary education. The most prevalent anxiety disorders were mixed anxiety-depressive disorder, generalized anxiety disorder, and unspecified anxiety disorder. The presence of suicidal ideation was observed in 32.0% of the patients. In addition, the main comorbidity associated with anxiety disorders was unipolar depression, seen in 24.5% of the sample. About 66.6% of patients arrived at the psychiatric service with a history of previous treatment. Given the high prevalence of these disorders, future works are needed to analyze the profile of patients comparing them to the general population and other mental disorders.

## INTRODUÇÃO

Os transtornos de ansiedade acometem cerca de um terço da população, sendo considerados uns dos mais comuns transtornos mentais<sup>(1)</sup>. A prevalência é maior na população feminina e durante a meia-idade, porém, a idade de início tende a ser durante a adolescência e o início da idade adulta, exceto o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) que tem início mais tardio<sup>(2)</sup>.

Os transtornos de ansiedade concentram vários subtipos, que são o transtorno de ansiedade de separação (TAS), TAG, mutismo seletivo (MS), fobia específica, transtorno de ansiedade social (fobia social), transtorno de pânico, agorafobia e podem também abordar condições intimamente relacionadas, como transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)<sup>(3)</sup>. Existem também diagnósticos menos específicos que não se encaixam nos critérios para os transtornos supracitados, como o transtorno misto depressivo-ansioso (TMDA) e o transtorno de ansiedade não especificado (TANE), ainda inclusos na classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10)<sup>(4)</sup>. Os indivíduos acometidos são excessivamente temerosos, ansiosos ou evitam ameaças percebidas no ambiente como situações sociais ou locais desconhecidos<sup>(5)</sup>.

Dados dos Estados Unidos mostram que os subtipos mais comuns são fobia específica e fobia social, seguidas de TAS e TEPT. Menos comumente, observa-se TAG, transtorno de pânico e agorafobia<sup>(6)</sup>. Por outro lado, no Brasil, um estudo realizado na cidade de São Paulo demonstrou maiores taxas de fobia específica, fobia social, TOC e TAG<sup>(7)</sup>. De forma geral, observa-se nessa população perda de produtividade de acordo com a severidade dos sintomas, além de menor avanço na carreira profissional, causando prejuízos ao indivíduo acometido<sup>(8)</sup>. À vista disso, além do importante grau de imparidade, esses transtornos culminam em alta utilização de serviços de saúde e enormes gastos à sociedade<sup>(1)</sup>.

A comorbidade com outros transtornos mentais é comumente observada<sup>(1)</sup>. Ademais, os transtornos de ansiedade estão associados à alta comorbidade paralela com outros transtornos de ansiedade, resultando em risco elevado de desenvolver outros subtipos ao longo do tempo<sup>(9)</sup>. Esses pacientes ainda apresentam risco maior de suicídio, sendo que cerca de 2,5% dos pacientes em instituições psiquiátricas e 6% dos pacientes não admitidos em instituições cometem suicídio. A associação com outras comorbidades, frequentemente vistas nesses indivíduos, aumenta esse risco<sup>(10)</sup>.

Os transtornos de ansiedade respondem bem ao tratamento psicológico, especificamente a terapia cognitiva comportamental (TCC), e tratamento farmacológico, especialmente os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRSs) e os inibidores de recaptção de serotonina-noradrenalina (ISRSNs). Algumas evidências mostram maiores benefícios da combinação das duas abordagens do que dos tratamentos individuais<sup>(11)</sup>. O uso de benzodiazepínicos, por outro lado, é mais adequado a curto termo e como tratamento ansiolítico

adjunto. Outras drogas como antidepressivos tricíclicos e inibidores da monoamina oxidase também são efetivos, porém seu uso é limitado por problemas de tolerabilidade<sup>(12)</sup>.

Os transtornos de ansiedade, no âmbito social, refletem em dificuldade ao lidar com adversidades e estão associadas a perdas significativas na produtividade e nas relações interpessoais. Tais fatores impactam diretamente a vida desses indivíduos, além de gerar maiores gastos à saúde pública. Diante da relevância do tema, o presente trabalho busca produzir conhecimento acerca dos transtornos de ansiedade na região Sul de Santa Catarina, a fim de proporcionar um atendimento mais efetivo e direcionado a esse grupo, além de contribuir como insumo para pesquisas científicas futuras. Sendo assim, o objetivo geral do estudo foi avaliar os dados clínicos e epidemiológicos dos pacientes com transtorno de ansiedade e suas comorbidades associadas atendidos em ambulatório-escola na especialidade de psiquiatria.

## **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

**Informações éticas:** este trabalho só teve início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), sob parecer de número 4.874.647.

**População do estudo:** foram avaliados 326 pacientes com transtorno de ansiedade atendidos entre os anos 2015 e 2020, através de análise de prontuários.

**Amostra:** o cálculo do tamanho mínimo da amostra foi realizado utilizando a fórmula proposta por Medronho<sup>(13)</sup>. A população amostrada foi de 1260, a prevalência esperada de transtorno de ansiedade foi de 0,4, com o erro amostral máximo tolerável de 0,05. O tamanho mínimo da amostra foi de 286 prontuários que acrescido de 0,1 prevendo possíveis perdas resultou ao final 315 prontuários.

**Local de Estudo:** os dados foram coletados no ambulatório de psiquiatria da UNESC.

**Informações Coletadas:** foram coletados dos prontuários: idade, sexo, estado civil, escolaridade, situação profissional, presença de transtornos de ansiedade (mutismo seletivo, fobia específica, fobia social, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico, agorafobia, transtorno misto depressivo e ansioso, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno de ansiedade não especificado), presença de ideação suicida, comorbidade com outros transtornos mentais, tratamento prévio com psicofármacos e a especialidade do prescritor.

**Análise Estatística:** o software de escolha para a análise dos dados coletados foi o IBM *Statistical Package for the Social Sciences* SPSS versão 21.0. Foi feita análise descritiva das variáveis estudadas, relatando a frequência e porcentagem das variáveis qualitativas e mediana e amplitude interquartil para a variável quantitativa, pois a idade não apresentou distribuição normal. As análises inferenciais foram realizadas com um nível de significância  $\alpha = 0,05$  e, portanto, um intervalo de confiança de 95%. Realizou-se investigação da distribuição das variáveis quantitativas quanto à normalidade por meio da aplicação dos testes de Shapiro-Wilk e

Kolmogorov-Smirnov. A fim de investigar se houve diferença estatisticamente significativa entre a idade entre os diagnósticos de ansiedade, foi realizado o teste U de Mann Whitney. Com a finalidade de averiguar a associação entre gênero, situação conjugal, escolaridade, situação profissional, ideação suicida e tratamento prévio relatados com os diagnósticos mais frequentes de ansiedade – TMDA, TAG e TANE – foi realizado o Teste qui-quadrado de Pearson com correção de continuidade quando necessário, seguido de análise de resíduo. Utilizou-se ainda os testes exato de Fisher e razão de verossimilhança quando os pressupostos para o uso do teste qui-quadrado de Pearson foram rompidos.

## RESULTADOS

Foram pesquisados 770 prontuários, destes 351 apresentavam pelo menos um diagnóstico de ansiedade. No entanto, foram excluídos 10 prontuários por idade inferior a 18 anos e 15 prontuários por ausência de diagnóstico de acordo com a CID-10. Isso resultou numa amostra de 326 prontuários incluídos no estudo, o que corresponde a uma prevalência de 42,3% de transtornos de ansiedade na amostra obtida de pacientes atendidos neste ambulatório de psiquiatria. Na tabela 1, encontram-se os dados socioculturais, onde evidenciou-se mediana de 42 anos, com um intervalo interquartil de 29 a 55 anos, o sexo feminino representou 78,5% da amostra avaliada. Aproximadamente a metade da amostra, 52%, tinha estado civil casado, enquanto 28,6% eram solteiros. Em relação aos níveis de escolaridade, 26,0% apresentavam ensino fundamental incompleto e 24,7% tinham ensino médio completo. Sobre a situação profissional, 45,6% estavam empregados e 38,8%, desempregados.

**Tabela 1** - Distribuição da amostra quanto aos dados socioculturais.

<b>Perfil Epidemiológico</b>	<b>Mediana (quartis) ou n (%)</b> <b>n = 326</b>
Idade (anos)	42 (29 - 55)
Sexo	
Feminino	256 (78,5)
Masculino	70 (21,5)
Estado Civil	
Casado	169 (52,0)
Solteiro	93 (28,6)
Divorciado	48 (14,8)
Viúvo	15 (4,6)
Ausente	1
Escolaridade	
Analfabeto	2 (0,7)
Ensino fundamental incompleto	78 (26,0)
Ensino fundamental completo	37 (12,3)
Ensino médio incompleto	25 (8,3)
Ensino médio completo	74 (24,7)

Ensino superior incompleto	48 (16,0)
Ensino superior completo	36 (12,0)
Ausente	26
Situação profissional	
Empregado	146 (45,6)
Desempregado	124 (38,8)
Aposentado	50 (15,6)
Ausente	6

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

A tabela 2 mostra os dados clínicos dos prontuários coletados, sendo eles os diagnósticos de transtornos de ansiedade, a presença de ideação suicida, as comorbidades psiquiátricas relacionadas, se foi referido tratamento prévio no último mês e a especialidade descrita do prescritor. Dos prontuários coletados, 30,1% tinham TMDA, 29,1% tinham TAG e 26,7% tinham TANE. A presença de ideação suicida foi observada em 32,0% dos pacientes. Além disso, a comorbidade com depressão unipolar foi vista em 24,5%, enquanto o transtorno por uso de outras substâncias esteve presente em 12,6% da amostra. Por fim, o tratamento prévio no último mês foi visto em 66,6% dos pacientes, sendo este prescrito em 41,4% por psiquiatra, e 15,6% por clínico geral.

**Tabela 2** - Distribuição da amostra quanto a presença de transtornos de ansiedade, ideação suicida e comorbidades psiquiátricas.

<b>Perfil Clínico</b>	<b>n (%)</b> <b>n = 326</b>
Transtornos de ansiedade	
Mutismo seletivo	1 (0,3)
Fobia específica	3 (0,9)
Fobia social	8 (2,5)
Transtorno de ansiedade generalizada	95 (29,1)
Transtorno de pânico	35 (10,7)
Agorafobia	6 (1,8)
Transtorno de ansiedade não especificado	87 (26,7)
Transtorno misto depressivo e ansioso	98 (30,1)
Transtorno de estresse pós-traumático	10 (3,1)
Ideação suicida	103 (32,0)
Comorbidades	
Depressão unipolar	80 (24,5)
Transtorno bipolar	7 (2,1)
Transtorno de personalidade borderline	12 (3,7)
Transtorno de personalidade histriônica	9 (2,8)
Outros transtornos de personalidade	26 (8,0)
Transtorno por uso de álcool	17 (5,2)
Transtorno por uso de outras substâncias	41 (12,6)
Outros transtornos	62 (19,0)
Tratamento prévio no último mês	215 (66,6)
Especialidade do prescritor	

Psiquiatra	77 (41,4)
Não se aplica	61 (32,8)
Clínico geral	29 (15,6)
Outra especialidade	11 (5,9)
Automedicação	8 (4,3)
Ausente	140

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Em relação à comorbidade entre transtornos de ansiedade, verificou-se que dos 326 pacientes 86,8% apresentavam apenas um diagnóstico de ansiedade, enquanto 12,3% dois diagnósticos e 1% da amostra tinham três diagnósticos de transtornos de ansiedade. Por outro lado, a comorbidade de transtornos de ansiedade associados a outros transtornos mentais foi vista em 185 pacientes (56,7%), destes indivíduos 74,1% apresentavam um outro transtorno mental, 16,8% dois outros, 7,6% três outros e 1,1% quatro outros transtornos mentais.

Na tabela 3, observa-se a distribuição entre os transtornos de ansiedade com as variáveis idade, sexo, estado civil, escolaridade e situação profissional. Houve associação estatisticamente significativa entre o TMDA e o estado civil, onde os divorciados tiveram maior prevalência deste diagnóstico ( $p = 0,015$ ), enquanto uma menor prevalência deste transtorno teve relação com o estado civil viúvo ( $p = 0,015$ ). Ademais, foi observada associação entre o TAG e o estado civil, na qual os solteiros tiveram maior prevalência deste transtorno do que os outros quadros de ansiedade, enquanto os divorciados apresentaram menor ocorrência ( $p = 0,003$ ). Em relação à situação profissional, os empregados tiveram mais TAG ( $p = 0,026$ ). Por fim, o TANE apresentou relação estatisticamente significativa com a situação profissional, evidenciando maior ocorrência entre os aposentados ( $p = 0,047$ ).

**Tabela 3** – Distribuição da associação entre os transtornos de ansiedade com as variáveis sociodemográficas.

	TMDA	Valor-p	TAG	Valor-p	TANE	Valor-p
Idade em anos (mediana (AIQ))	43,5(29-54)	0,860 <sup>‡</sup>	39(26,5-53,5)	0,064 <sup>‡</sup>	44(34-58)	0,096 <sup>‡</sup>
Sexo						
Feminino	80(31,3)	0,371 <sup>†</sup>	74(28,9)	0,858 <sup>†</sup>	68(26,6)	0,923 <sup>†</sup>
Masculino	18(25,7)		21(30,0)		19(27,1)	
Estado Civil						
Casado	53(31,4)	0,015 <sup>††</sup>	45(26,6)	0,003 <sup>††</sup>	48(28,4)	0,222 <sup>††</sup>
Solteiro	23(24,7)		38(40,9) <sup>*</sup>		20(21,5)	
Divorciado	21(43,8) <sup>*</sup>		6(12,5) <sup>*</sup>		12(25,0)	
Viúvo	1(6,7) <sup>*</sup>		5(33,3)		7(46,7)	
Escolaridade						
Analfabeto	0(0,0)	0,422 <sup>††</sup>	1(50,0)	0,465 <sup>††</sup>	0(0,0)	0,468 <sup>††</sup>
Ensino fundamental incompleto	23(29,5)		19(24,4)		24(30,8)	
Ensino fundamental completo	15(40,5)		9(24,3)		8(21,6)	
Ensino médio incompleto	7(28,0)		7(28,0)		9(26,0)	
Ensino médio completo	19(25,7)		22(29,7)		20(27,0)	
Ensino superior incompleto	10(20,8)		18(37,5)		14(29,2)	

Ensino superior completo	12(33,3)		15(41,7)		6(16,7)	
<b>Situação profissional</b>						
Empregado	38(26,0)	0,110 <sup>†</sup>	52(35,6) <sup>*</sup>	0,026 <sup>†</sup>	38(26,0)	0,047 <sup>†</sup>
Desempregado	46(37,1)		34(27,4)		27(21,8)	
Aposentado	13(26,0)		8(16,0)		20(40,0) <sup>*</sup>	

<sup>†</sup> Valor obtido após aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson; <sup>‡</sup> Valor obtido após aplicação do teste U de Mann Whitney; <sup>††</sup> Valor obtido após aplicação do teste Razão de Verossimilhança; <sup>\*</sup> Valor estatisticamente significativo após análise de resíduo; Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Na tabela 4, pode-se verificar a distribuição de ideação suicida e tratamento prévio de acordo com os transtornos de ansiedade mais prevalentes. Os indivíduos com diagnóstico de TAG tiveram menor prevalência de ideação suicida ( $p = 0,017$ ), e apresentaram associação com ausência de tratamento prévio no último mês ( $p = 0,033$ ).

**Tabela 4** – Distribuição da associação entre ideação suicida e tratamento prévio no último mês com os transtornos de ansiedade.

	TMDA	Valor-p	TAG	Valor-p	TANE	Valor-p
<b>Ideação suicida</b>						
Sim	38(39,6)	0,057 <sup>†</sup>	21(22,3)	0,017 <sup>†</sup>	24(27,9)	0,343 <sup>†</sup>
Não	58(60,4)		73(77,7) <sup>*</sup>		62(72,1)	
<b>Tratamento prévio</b>						
Sim	70(72,2)	0,162 <sup>†</sup>	55(57,9)	0,033 <sup>†</sup>	58(66,7)	0,981 <sup>†</sup>
Não	27(27,8)		40(42,1) <sup>*</sup>		29(33,3)	

<sup>†</sup> Valor obtido após aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson; <sup>\*</sup> Valor estatisticamente significativo após análise de resíduo; Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

## DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico deste estudo teve 78,5% da amostra sendo do sexo feminino. Isso está em consonância com estudos anteriores que constataram que a prevalência de transtornos de ansiedade em mulheres é aproximadamente duas vezes maior que em homens<sup>(1)</sup>. A vulnerabilidade feminina para os transtornos de ansiedade pode ser explicada por contribuintes psicossociais, como a maior prevalência de violência sexual<sup>(14)</sup>, estressores como a gravidez e o cuidado infantil<sup>(15)</sup>, além de fatores genéticos e hormonais, já que fêmeas tem maior sensibilidade à ansiedade que os machos<sup>(16,17)</sup>. Ademais, isso pode estar relacionado ao fato de as mulheres de modo geral utilizarem mais os serviços públicos de saúde comparado aos homens<sup>(18)</sup>. Outro resultado foi que aproximadamente 52% da amostra apresentava o estado civil casado e 45,6% estavam empregados. Ambos os achados podem estar implicados no fato de que metade da amostra encontra-se entre 29-55 anos, que é a faixa etária da população economicamente ativa do país, além de ser o intervalo que homens e mulheres costumam iniciar uma união civil<sup>(19)</sup>.

Foi encontrado no perfil clínico dos pacientes que 30,1% possuíam TMDA; 29,1%, TAG; e 26,7%, TANE, caracterizando uma maior prevalência dos diagnósticos mais inespecíficos. Estudos realizados em outros ambulatórios psiquiátricos também tiveram o TAG como um dos



transtornos de ansiedade mais prevalentes<sup>(20)</sup>. Além disso, analisando a comorbidade com outros transtornos mentais, notou-se que a depressão unipolar foi vista em 24,5% da amostra, que é a comorbidade mais associada aos transtornos de ansiedade em estudos anteriores<sup>(1)</sup>. A presença de ideação suicida foi observada em 32,0% dos pacientes, de forma similar ao encontrado na literatura<sup>(10)</sup>. Isso pode ser explicado por diversos fatores, como a escassez de contato interpessoal<sup>(21)</sup>, a alta comorbidade com a depressão<sup>(22)</sup> e a perturbação do sono, visto que insônia e pesadelos são comuns em transtornos de ansiedade<sup>(23,24)</sup> e são fatores de risco para o suicídio<sup>(25)</sup>.

O presente estudo constatou que o TMDA foi mais frequente em divorciados. Pode-se observar que o estado civil é um fator social chave na saúde mental. Pesquisas têm demonstrado que pessoas casadas têm menos diagnóstico de transtornos psiquiátricos do que aquelas que são solteiras, viúvas e divorciadas<sup>(26,27)</sup>. As relações de ajuda em um relacionamento conjugal influenciam o paciente no incentivo da busca de auxílio, perseverança na intervenção dada pelos profissionais e, também, na sua recuperação<sup>(28)</sup>. Por outro lado, pode-se constatar, também, que os viúvos foram menos acometidos pelo TMDA neste estudo. Apesar da perda do cônjuge ser um evento estressante na vida, uma quantidade substancial de pesquisas apoia a ideia de que a viuvez pode ter benefícios psicológicos, especialmente para mulheres<sup>(29)</sup>, que corresponde a 78,5% da amostra neste estudo.

Verificou-se também que os pacientes com TAG mais frequentemente eram solteiros. Esse achado está em consonância com estudos anteriores que apontam que esse transtorno está relacionado a dificuldades conjugais<sup>(30)</sup>, separação ou divórcio<sup>(31)</sup> e falta de amigos<sup>(30)</sup>. Isso pode ocorrer em razão desses pacientes abordarem as suas interações interpessoais com receios e dificuldades em tolerar emoções<sup>(32)</sup>. Ademais, sabe-se que o indivíduo solteiro tem maior probabilidade de desenvolver TAG<sup>(33)</sup>. Devido às limitações do desenho deste estudo, não é possível esclarecer se a correlação entre TAG e o estado civil solteiro se dá em razão de os pacientes evitarem uma abertura emocional, o que é crucial para a construção de relacionamentos conjugais, ou se desenvolveram o transtorno por serem uma população de risco. Ademais, no presente estudo foi observada uma contradição com a literatura e houve correlação estatisticamente significativa entre a ausência do TAG e o estado civil divorciado. A interpretação entre os resultados encontrados no estado civil e os transtornos de ansiedade é complexa, pois essa relação pode ser modificada pelo sexo, idade e a cultura de cada país.

Neste estudo, os indivíduos empregados tiveram taxas maiores de TAG, enquanto o TANE foi mais observado em indivíduos aposentados. Esses achados diferem de estudos anteriores, os quais afirmam que o emprego está menos associado a transtornos de ansiedade, em comparação com o desemprego<sup>(34)</sup>. No entanto, algumas pesquisas mostram que altas cargas de trabalho (igual ou superior a 72 horas semanais) aumentam o risco de transtornos mentais<sup>(35)</sup>. Essa divergência pode ser explicada por alguns fatores. Primeiro, pelo perfil de pacientes com TAG incluídos na amostra, os quais tinham uma mediana de idade de 39 anos, ou seja, fazem parte da

população economicamente ativa. Segundo, foram coletados apenas os dados da situação profissional dos pacientes, logo, são desconhecidas as condições de trabalho e a carga laboral nas quais eles estavam inseridos. Por fim, uma outra justificativa poderia ser a condição socioeconômica da população estudada, a qual não foi avaliada neste estudo, visto que a renda familiar também influencia no risco de transtornos mentais<sup>(36)</sup>.

Observa-se na literatura que transtornos de ansiedade estão independentemente associados a maior risco de ideação suicida e tentativa de suicídio, mesmo sem a coocorrência de outros transtornos mentais<sup>(37,38)</sup>. No presente estudo verificou-se que o TAG teve menor prevalência de ideação suicida comparado aos outros transtornos de ansiedade, enquanto 39,6% dos pacientes com TMDA apresentaram esse achado. Isso pode ter ocorrido devido às limitações do desenho do estudo, que analisou apenas dados referentes a indivíduos com transtornos de ansiedade e não os comparou à população geral.

Os transtornos de ansiedade são entidades crônicas que requerem tratamentos de longa duração<sup>(39)</sup>. Em vista disso, observou-se que 72,2%, 57,9% e 66,7% dos pacientes com TMDA, TAG e TANE, respectivamente, tinham realizado tratamento prévio. Dentre esses, os pacientes com TAG foram os que tiveram as menores taxas. Isso indica indiretamente a refratariedade desses transtornos. De fato, estudos mostraram que muitos indivíduos com transtornos de ansiedade não respondem adequadamente ao tratamento<sup>(40,41)</sup>, requerendo uma assistência terapêutica prolongada nos serviços de saúde. Portanto, presumivelmente, ainda são necessárias pesquisas com o objetivo de proporcionar terapêuticas melhores e mais direcionadas para os transtornos de ansiedade.

## **CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados sugerem que o perfil sociodemográfico dos pacientes ambulatoriais atendidos com transtorno de ansiedade eram do sexo feminino, estado civil casado, ensino fundamental incompleto e empregados. Os transtornos de ansiedade mais prevalentes foram TMDA e TAG. Quanto à distribuição dos transtornos, observou-se que o perfil sociodemográfico da TAG é composto predominantemente pelo sexo feminino, estado civil casado, ensino médio completo e pela situação profissional empregado; o perfil do TMDA, por sua vez, também é composto pelo sexo feminino e estado civil casado, no entanto diverge nas demais variáveis da TAG, apresentando predominância de ensino fundamental incompleto e situação profissional desempregado. O relato de ideação suicida foi visto em 32% dos pacientes. Além disso, observou-se alta comorbidade com outros transtornos mentais, sendo o mais comum o transtorno depressivo unipolar. Houve relato de tratamento prévio em mais da metade dos pacientes que procuraram o serviço ambulatorial do estudo, talvez isso possa sugerir que os transtornos apresentem maior refratariedade aos tratamentos. As limitações do presente estudo se devem principalmente à pequena amostra e ao fato que foi incluída apenas a população que possuía transtornos de

ansiedade, sem compará-la à população geral. São necessários estudos futuros que analisem o perfil dos pacientes comparando-os à população geral e a outros transtornos mentais.

## REFERÊNCIAS

1. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience* [Internet]. Set 2015 [citado 12 jun 2021];17(3):327-35. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4610617/>
2. Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH) [Mental disorders in the general population: Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH)]. *Der Nervenarzt* [Internet]. Jan 2014 [citado 12 jun 2021];85(1):77-87. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24441882/>
3. Stein DJ, Scott KM, Jonge P et al. Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back. *Dialogues in Clinical Neuroscience* [Internet]. Jun 2017 [citado 12 jun 2021];19(2):127-36. Disponível em: <https://doi.org/10.31887/dcns.2017.19.2/dstein>
4. Wells RHC, Bay-Nielsen H, Braun R et al. CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 2011 ;[citado 2022 jun. 29 ].
5. Craske MG, Rauch SL, Ursano R et al. What is an anxiety disorder? *Depression and Anxiety* [Internet]. Dez 2009 [citado 12 jun 2021];26(12):1066-85. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/da.20633>
6. Kessler RC, Petukhova M, Sampson N et al. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the united states. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* [Internet]. 1 ago 2012 [citado 27 abr 2021];21(3):169-84. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22865617/>
7. Andrade LH, Wang YP, Andreoni S et al. Mental disorders in megacities: findings from the são paulo megacity mental health survey, brazil. *PLoS ONE* [Internet]. 14 fev 2012 [citado 29 jun 2022];7(2):e31879. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031879>
8. Erickson SR, Guthrie S, Vanetten-Lee M et al. Severity of anxiety and work-related outcomes of patients with anxiety disorders. *Depression and Anxiety* [Internet]. Dez 2009 [citado 27 abr 2021];26(12):1165-71. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19842165/>
9. Ströhle A, Gensichen J, Domschke K. The diagnosis and treatment of anxiety disorders. *Deutsches Aerzteblatt Online* [Internet]. 14 set 2018 [citado 28 abr 2021];115(37):611-20. Disponível em: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0611>
10. Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International Journal*

- of Environmental Research and Public Health [Internet]. 6 jul 2018 [citado 27 abr 2021];15(7):1425. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6068947/>
11. Craske MG, Stein MB. Anxiety. The Lancet [Internet]. Dez 2016 [citado 28 abr 2021];388(10063):3048-59. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)30381-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)30381-6)
  12. Murrough JW, Yaqubi S, Sayed S et al. Emerging drugs for the treatment of anxiety. Expert Opinion on Emerging Drugs [Internet]. 26 maio 2015 [citado 9 jun 2021];20(3):393-406. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4869976/>
  13. Medronho RA. Epidemiologia. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2009.
  14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Pesquisa nacional de saúde do escolar [citado 20 maio 2022]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101852.pdf>
  15. Altemus M, Sarvaiya N, Neill Epperson C. Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives. Frontiers in Neuroendocrinology [Internet]. Ago 2014 [citado 2 maio 2022];35(3):320-30. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2014.05.004>
  16. Deacon BJ, Abramowitz JS, Woods CM et al. The Anxiety Sensitivity Index - Revised: psychometric properties and factor structure in two nonclinical samples. Behaviour Research and Therapy [Internet]. Dez 2003 [citado 2 maio 2022];41(12):1427-49. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(03\)00065-2](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(03)00065-2)
  17. Bernstein A, Zvolensky MJ, Stewart SH et al. Anxiety sensitivity taxonicity across gender among youth. Behaviour Research and Therapy [Internet]. Maio 2006 [citado 2 maio 2022];44(5):679-98. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.011>
  18. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2002 [citado 3 jun 2022];7(4):687-707. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232002000400007>.
  19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Pesquisa nacional de saúde 2019 [citado 20 maio 2022]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>
  20. Gutiérrez-Fraile M, García-Calvo C, Prieto R et al. Mental disorders in psychiatric outpatients in Spain. Actas Esp Psiquiatr 2011 [citado 3 jun 2022];39:349–55. Disponível em: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio//13/74/ENG/13-74-ENG-349-355-332409.pdf>
  21. Winterrowd E, Canetto SS, Chavez EL. Friendships and suicidality among Mexican American adolescent girls and boys. Death Stud 2010;34:641–60. <https://doi.org/10.1080/07481181003765527>
  22. Cummings CM, Caporino NE, Kendall PC. Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. Psychol Bull 2014;140:816–45. <https://doi.org/10.1037/a0034733>

23. Sandman N, Valli K, Kronholm E et al. Nightmares: prevalence among the Finnish general adult population and war veterans during 1972-2007. *Sleep* [Internet]. 1 jul 2013 [citado 20 maio 2022];36(7):1041-50. Disponível em: <https://doi.org/10.5665/sleep.2806>
24. Klumpp H, Roberts J, Kapella MC et al. Subjective and objective sleep quality modulate emotion regulatory brain function in anxiety and depression. *Depression and Anxiety* [Internet]. 18 abr 2017 [citado 20 maio 2022];34(7):651-60. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/da.22622>
25. Sjöström N, Hetta J, Waern M. Persistent nightmares are associated with repeat suicide attempt. *Psychiatry Research* [Internet]. Dez 2009 [citado 20 maio 2022];170(2-3):208-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.09.006>
26. Bebbington P. Marital status and depression: A study of English national admission statistics. *Acta Psychiatrica Scandinavica* [Internet]. Jun 1987 [citado 18 abr 2022];75(6):640-50. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1987.tb02849.x>
27. Jang SN, Kawachi I, Chang J et al. Marital status, gender, and depression: Analysis of the baseline survey of the Korean Longitudinal Study of Ageing (KLoSA). *Social Science & Medicine* [Internet]. Dez 2009 [citado 18 abr 2022];69(11):1608-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.007>
28. Lauzier-Jobin F, Houle J. A comparison of formal and informal help in the context of mental health recovery. *International Journal of Social Psychiatry* [Internet]. 18 mar 2021 [citado 13 abr 2022];002076402110049. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/00207640211004988>
29. Nicolini P, Abbate C, Inglese S et al. Different dimensions of social support differentially predict psychological well-being in late life: opposite effects of perceived emotional support and marital status on symptoms of anxiety and of depression in older outpatients in Italy. *Psychogeriatrics* [Internet]. 23 nov 2020 [citado 18 abr 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/psyg.12633>
30. Whisman MA, Sheldon CT, Goering P. Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships: does type of relationship matter? *Journal of Abnormal Psychology* [Internet]. 2000 [citado 24 abr 2022];109(4):803-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0021-843x.109.4.803>
31. Hunt C, Issakidis C, Andrews G. DSM-IV generalized anxiety disorder in the Australian national survey of mental health and well-being. *Psychological Medicine* [Internet]. Maio 2002 [citado 24 abr 2022];32(4):649-59. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/s0033291702005512>
32. Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL et al. Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy* [Internet]. Out 2005 [citado 24 abr 2022];43(10):1281-310. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.08.008>

33. Cheah YK, Azahadi M, Phang SN et al. Sociodemographic, lifestyle, and health factors associated with depression and generalized anxiety disorder among Malaysian adults. *Journal of Primary Care & Community Health* [Internet]. Jan 2020 [citado 22 abr 2022];11:215013272092173. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2150132720921738>
34. Matilla-Santander N, Martín-Sánchez JC, González-Marrón A et al. Precarious employment, unemployment and their association with health-related outcomes in 35 European countries: a cross-sectional study. *Critical Public Health* [Internet]. 3 jan 2020 [citado 20 maio 2022]:1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09581596.2019.1701183>
35. Chan SM, Au-Yeung TC, Wong H et al. Long working hours, precarious employment and anxiety symptoms among working Chinese population in Hong Kong. *Psychiatric Quarterly* [Internet]. 9 ago 2021 [citado 18 abr 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11126-021-09938-3>
36. Banks LM, Kuper H, Polack S. Poverty and disability in low- and middle-income countries: A systematic review. *PLOS ONE* [Internet]. 21 dez 2017 [citado 2 maio 2022];12(12):e0189996. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189996>
37. Thibodeau MA, Welch PG, Sareen J et al. Anxiety disorders are independently associated with suicide ideation and attempts: propensity score matching in two epidemiological samples. *Depression and Anxiety* [Internet]. Out 2013 [citado 3 jun 2022];30(10):947-54. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/da.22203>
38. Sareen J. Anxiety disorders and risk for suicide: why such controversy? *Depression and Anxiety* [Internet]. Nov 2011 [citado 3 jun 2022];28(11):941-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/da.20906>
39. Rynn MA, Brawman-Mintzer O. Generalized anxiety disorder: acute and chronic treatment. *CNS Spectrums* [Internet]. Out 2004 [citado 4 jun 2022];9(10):716-23. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/s1092852900022367>
40. Ansara ED. Management of treatment-resistant generalized anxiety disorder. *Mental Health Clinician* [Internet]. 1 nov 2020 [citado 4 jun 2022];10(6):326-34. Disponível em: <https://doi.org/10.9740/mhc.2020.11.326>
41. Bystritsky A. Treatment-resistant anxiety disorders. *Molecular Psychiatry* [Internet]. 18 jul 2006 [citado 4 jun 2022];11(9):805-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001852>

## ANEXO

### NORMAS DA REVISTA

#### Diretrizes para Autores - ACM

A revista Arquivos Catarinenses de Medicina (Arq Catarin Med.), periódico científico da Associação Catarinense de Medicina, destina-se à publicação de artigos originais, artigos de atualização e revisão, relatos ou estudos de casos.

O periódico possui edições trimestrais, com foco nas áreas: medicina I, medicina II, saúde multidisciplinar e gestão em saúde.

#### **Premissas Básicas:**

Os artigos deverão ser submetidos conforme redação e estrutura informados a seguir. Os artigos que não observarem tais indicações serão recusados na triagem inicial.

Artigos de Revisão ou Relatos de casos, não poderão utilizar-se de bibliografias com mais de 10 anos entre a data do material referenciado e a data da submissão. Na hipótese de não existir literatura tempestiva, o artigo de revisão deixa de ter relevância ao seu propósito e o relato de caso superficial. A título de exceção, pode-se avaliar casos devidamente fundamentados por um autor sênior.

Os autores estão cientes e acordados que as decisões do corpo editorial do periódico, quanto à aceitação ou rejeição, inicial ou final; à necessidade de revisões, correções ou modificações. A decisão dos avaliadores e/ou corpo editorial é definitiva, não cabendo recursos em relação a este ato”.

O parecer final sempre será do avaliador e/ou do Conselho Editorial, sendo que todos os cuidados serão tomados no sentido de se garantir o anonimato de ambas as partes (avaliadores e autores) durante o período de avaliação.

A publicação dos artigos aprovados seguirá a ordem cronológica de sua aceitação. Os custos de diagramação seguirão por conta dos autores quando do aceite para a publicação.

O número máximo de autores aceitável é de 6 (seis), exceto em casos de trabalhos considerados de excepcional complexidade.

As correções solicitadas ao(s) autor(es) devem ser encaminhadas no prazo máximo de 15 dias.

#### Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. Declaro que o artigo é original; que não foi publicado na íntegra e não está sendo submetido a outro periódico e nem o será, enquanto estiver sob apreciação desta revista; que todos os autores estão de acordo com a versão final do trabalho; que a revista Arquivos Catarinenses de Medicina passa a ter direitos autorais sobre o artigo, caso ele venha a ser publicado e que aceitaremos as decisões do corpo editorial do periódico, quanto à necessidade de revisões ou modificações, não cabendo recursos, em caso de

recusa inicial, em decorrência do não cumprimento dos princípios éticos ou de erros significativos de metodologia, ou após a revisão dos mesmos.

2. O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word.
3. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista.
4. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em assegurando a avaliação pelos pares cega foram seguidas.
5. Orientações para a preparação dos originais:

O processador de texto a ser utilizado deve ser Microsoft Word (Office®). Fontes Times New Roman tamanho 11, justificado, espaçamento entre linhas 1,5.

Tamanho máximo dos originais (incluindo referências bibliográficas):

- a) Artigos originais: 15 páginas;
- b) Artigos de atualização e revisão: 15 páginas;
- c) Relatos e estudos de casos: 5 páginas.

As seções deverão ter a seguinte ordem: folha de rosto, resumo em português, resumo em inglês (abstract), introdução, métodos, resultados, discussão, conclusão, referências bibliográficas, tabelas, quadros e ilustrações.

O original, incluindo tabelas, quadros, ilustrações e referências bibliográficas, deve seguir os “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas”, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (1).

a) Folha de rosto: deve conter o título do artigo em português e em idioma inglês, ambos de forma concisa; o nome pelo qual cada autor é conhecido, com seu grau acadêmico mais alto e sua filiação institucional (a titulação deve ser inserida no texto como nota de rodapé); o nome do(s) departamento(s) e da(s) instituição(ões) às quais o trabalho deve ser atribuído; endereço eletrônico (e-mail) de todos os autores; município e unidade federativa e país; e a(s) fonte(s) de financiamento, sob a forma de verbas, de equipamento, de drogas, ou todas elas.

b) Resumo em português: redigido na segunda página, com até 250 palavras, apresentando o contexto da pesquisa, os objetivos que à alcançar, o enquadramento metodológico e as principais conclusões. A formatação do texto no resumo é sem recuo de parágrafo e o espaçamento entre linhas é simples. Abaixo do resumo, indicar as palavras-chaves, compostas de no máximo 5 descritores que necessariamente precisam estar contidas no resumo.

c) Resumo em inglês: (Abstract): tradução do resumo para o idioma inglês, cuidando para não utilizar tradutores eletrônicos, uma vez que a transcrição literal pode induzir a interpretações equivocadas.

d) Introdução: contextualização do tema pesquisado, contemplando os objetivos geral e específicos do estudo, as eventuais hipóteses e os motivos que justificam a realização do estudo.

e) Revisão de literatura: texto que englobe os conceitos ou definições dos autores utilizados na pesquisa e que constam nas referências bibliográficas.



f) Procedimentos Metodológicos: informar o enquadramento da pesquisa e os métodos utilizados no estudo.

g) Texto da Pesquisa: deve apresentar a investigação efetuada e as análises possíveis a partir dela, todas sustentadas na literatura constante na revisão de literatura e referências bibliográficas.

h) Conclusões e Considerações finais: retomada da pesquisa, indicando as principais conclusões e eventuais aplicações. Além disto deve especificar se os objetivos definidos foram alcançados ou se necessitam de estudos futuros.

i) Referências: devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto. Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, e antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado<sup>(5)</sup>]. O número máximo de referência é de 50 e o ano de publicação das referências não poderá ser maior do **que 10 anos da data do manuscrito submetido**, admitindo-se considerar maior prazo em casos em que não exista comprovadamente autores mais atuais com mesma abordagem. Devem ser formatadas no Estilo Vancouver (<http://www.bu.ufusc.br/ccsm/vancouver.html>). (Quando o número de autores ultrapassar à 3 somente os 3 primeiros devem ser citados, seguidos da expressão et al.).

j) Tabelas (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.): cada tabela deve ser numerada na ordem de aparecimento no texto, e com um título sucinto, porém, explicativo. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé e não no cabeçalho. A tabela segue a norma NBR 14724:2011 subitem 5.9, que por sua vez, remete as Normas de Apresentação Tabular do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (1993). A tabela apresenta os seguintes elementos: título, cabeçalho, conteúdo, fonte e, se necessário, nota(s) explicativa(s) (geral e/ou específica). É dividida por o mínimo possível de linhas na horizontal e as bordas laterais não podem ser fechadas. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, não usar espaços para separar colunas. Exemplo:

Tabela 1 – Modelo de tabela

ÁREAS	UNESP	UNICAMP	USP	TOTAL
Interdisciplinar	2	2	2	6
Biológicas e da Saúde	2	2	2	6
Exatas e Tecnológicas	2	2	2	6
Humanas e Artes	2	2	2	6
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>24</b>

Fonte: Modelo de fonte.

Nota: Modelo de nota.

k) Quadros (elementos demonstrativos com informações textuais): embora siga especificações semelhantes as informadas nas tabelas (título, fonte, legenda, nota(s) e outras informações necessárias), terá suas laterais fechadas e sem limite de linhas horizontais.

l) Figuras (fotografias, desenhos, gráficos): devem ser colocadas com título e legenda, e numeradas na ordem de aparecimento do texto. Gráficos devem ser apresentados em preto e branco e somente em duas dimensões. Fotos não devem permitir a identificação do paciente; tarjas cobrindo os olhos podem não constituir proteção adequada. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatória a inclusão de documento escrito, fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação.

m) Abreviaturas: devem ser evitadas, pois prejudicam a leitura confortável do texto. Quando usadas, devem ser definidas, ao serem mencionadas pela primeira vez. Jamais devem aparecer no título ou no resumo.

### **Orientações sobre alguns tipos de publicações**

#### **Artigos de revisão e atualização:**

Os artigos de revisão e atualização deverão ser apresentados no mesmo formato que os artigos originais, contendo página de rosto, título, resumo e descritores em português e inglês, texto, referências bibliográficas, tabelas e figuras. O número máximo de páginas não deverá exceder a 15.

#### **Relatos de casos:**

Devem conter página de rosto com as mesmas informações exigidas e explicitadas anteriormente. O texto deverá conter uma introdução breve, que situa o leitor em relação à importância do assunto e mostra os objetivos da apresentação do(s) caso(s) em questão; o relato resumido do caso, bem como os comentários relevantes e comparados à literatura. O relato de caso não deverá exceder a quatro páginas.

Artigos de Revisão ou Relatos de casos, não poderão utilizar-se de bibliografias com mais de 10 anos entre a data do material referenciado e a data da submissão. Na hipótese de não existir literatura tempestiva, o artigo de revisão deixa de ter relevância ao seu propósito e o relato de caso superficial. A título de exceção, pode-se avaliar casos devidamente fundamentados por um autor sênior.

#### **Resumos de dissertações e teses:**

#### **Referências:**

1. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. JAMA 1997;277:927-34.
2. Haynes RB, Mulrow CD, Huth EJ, Altman DJ, Gardner MJ. More informative abstracts revisited. Ann Intern Med 1990;113:69-76.
3. BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. DeCS - Descritores em ciências da saúde: lista alfabética. 2ª ed. Ver. Amp. São Paulo: BIREME; 1992.111p.
4. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10/10/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. DOU 1996 Ouc 16; nº 201, seção 1:21082-21085.

#### **Sites de ajuda:**

1. Como elaborar referências bibliográficas, segundo o Estilo de Vancouver. <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html>
2. Como obter ORCID ? <https://bibliotecafea.com/>
3. Normas de apresentação tabular conforme o IBGE <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>

#### **Lista de Checagem:**

Recomenda-se que os autores utilizem a lista de checagem abaixo para certificarem-se de que todo o material requerido está sendo enviado. Lembramos que só serão aceitos para avaliação artigos que estejam dentro das normas desta publicação.

- Página de rosto com todas as informações solicitadas.
- Resumo em português e inglês com descritores.
- Texto contendo introdução, método, resultados e discussão.
- Inclusão da informação sobre aprovação do trabalho por Comitê de Ética em Pesquisa Médica.
- Referências bibliográficas no estilo Vancouver, numeradas por ordem de aparecimento no texto.
- Tabelas numeradas por ordem de aparecimento.
- Gráficos numerados por ordem de aparecimento.
- Figuras identificadas e com legendas.

#### Declaração de Direito Autoral

Declaro que o artigo é original; que não foi publicado na íntegra e não está sendo submetido a outro periódico e nem o será, enquanto estiver sob apreciação desta revista; que todos os autores estão de acordo com a versão final do trabalho; que a revista Arquivos Catarinenses de Medicina passa a ter direitos autorais sobre o artigo, caso ele venha a ser publicado e que aceitaremos as decisões do corpo editorial do periódico, quanto à necessidade de revisões ou modificações, não cabendo recursos, em caso de recusa inicial, em decorrência do não cumprimento dos princípios éticos ou de erros significativos de metodologia, ou após a revisão dos mesmos.

#### Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

#### Taxas para autores

Este periódico cobra as seguintes taxas aos autores.

Publicação de artigo: 250,00 (BRL)

Caso este documento seja aceito para publicação, será necessário o pagamento de uma taxa de publicação de artigo para auxiliar nos custos de diagramação e publicação.

Não Há política de isenção de taxa.

## APÊNDICE

**Tabela 5** - Distribuição da associação entre transtorno misto depressivo e ansioso com as variáveis sociodemográficas.

	Transtorno Misto Depressivo e Ansioso, n (%)			Valor-p
	n	Sim	Não	
Idade em anos (mediana e quartis)	326	43,5 (29-54)	42 (29,5-55)	0,860 ‡
Sexo	326			0,371 †
Feminino		80(31,3)	176(68,8)	
Masculino		18(25,7)	52(74,3)	
Estado Civil	325			0,015 ††
Casado		53(31,4)	116(68,6)	
Solteiro		23(24,7)	70(75,3)	
Divorciado		21(43,8) *	27(56,3)	
Viúvo		1(6,7)	14(93,3) *	
Ausente				
Escolaridade	300			0,422 ††
Analfabeto		0(0,0)	2(100,0)	
Ensino fundamental incompleto		23(29,5)	55(70,5)	
Ensino fundamental completo		15(40,5)	22(59,5)	
Ensino médio incompleto		7(28,0)	18(72,0)	
Ensino médio completo		19(25,7)	55(74,3)	
Ensino superior incompleto		10(20,8)	38(79,2)	
Ensino superior completo		12(33,3)	24(66,7)	
Ausente				
Situação profissional	320			0,110 †
Empregado		38(26,0)	108(74,0)	
Desempregado		46(37,1)	78(62,9)	
Aposentado		13(26,0)	37(74,0)	
Ausente				

† Valor obtido após aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson; ‡ Valor obtido após aplicação do teste U de Mann Whitney; †† Valor obtido após aplicação do teste Razão de Verossimilhança; \* Valor estatisticamente significativo após análise de resíduo; Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

**Tabela 6** - Distribuição da associação entre transtorno de ansiedade generalizada com as variáveis sociodemográficas.

	Transtorno de Ansiedade Generalizada, n (%)			Valor-p
	n	Sim	Não	
Idade (anos)	326	39(26,5-53,5)	44(31-56)	0,064 ‡
Sexo	326			0,858 †
Feminino		74(28,9)	182(71,1)	
Masculino		21(30,0)	49(70,0)	
Estado Civil	325			0,003 ††
Casado		45(26,6)	124(73,4)	
Solteiro		38(40,9) *	55(59,1)	
Divorciado		6(12,5)	42(87,5) *	
Viúvo		5(33,3)	10(66,7)	

Ausente				
Escolaridade	300			
Analfabeto		1(50,0)	1(50,0)	0,465 ††
Ensino fundamental incompleto		19(24,4)	59(75,6)	
Ensino fundamental completo		9(24,3)	28(75,7)	
Ensino médio incompleto		7(28,0)	18(72,0)	
Ensino médio completo		22(29,7)	52(70,3)	
Ensino superior incompleto		18(37,5)	30(62,5)	
Ensino superior completo		15(41,7)	21(58,3)	
Ausente				
Situação profissional	320			
Empregado		52(35,6) *	94(64,4)	0,026 †
Desempregado		34(27,4)	90(72,6)	
Aposentado		8(16,0)	42(84,0) *	
Ausente				

† Valor obtido após aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson; ‡ Valor obtido após aplicação do teste U de Mann Whitney; †† Valor obtido após aplicação do teste Razão de Verossimilhança; \*Valor estatisticamente significativo após análise de resíduo; Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

**Tabela 7** - Distribuição da associação entre transtorno de ansiedade não especificado com as variáveis sociodemográficas.

	Transtorno de Ansiedade Não Especificado			Valor-p
	n	Sim	Não	
Idade (anos)	326	44(34-58)	41(28,5-54)	0,096 ‡
Sexo	326			
Feminino		68(26,6)	188(73,4)	0,923 †
Masculino		19(27,1)	51(72,9)	
Estado Civil	325			
Casado		48(28,4)	121(71,6)	0,222 ††
Solteiro		20(21,5)	73(78,5)	
Divorciado		12(25,0)	36(75,0)	
Viúvo		7(46,7)	8(53,3)	
Ausente				
Escolaridade	300			
Analfabeto		0(0,0)	2(100,0)	0,468 ††
Ensino fundamental incompleto		24(30,8)	54(69,2)	
Ensino fundamental completo		8(21,6)	29(78,4)	
Ensino médio incompleto		9(36,0)	16(64,0)	
Ensino médio completo		20(27,0)	54(73,0)	
Ensino superior incompleto		14(29,2)	34(70,8)	
Ensino superior completo		6(16,7)	30(83,3)	
Ausente				
Situação profissional	320			
Empregado		38(26,0)	108(74,0)	0,047 †
Desempregado		27(21,8)	97(78,2)	
Aposentado		20(40,0) *	30(60,0)	
Ausente				

† Valor obtido após aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson; ‡ Valor obtido após aplicação do teste U de Mann Whitney; †† Valor obtido após aplicação do teste Razão de Verossimilhança; \* Valor estatisticamente significativo após análise de resíduo; Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

**Tabela 8 - Distribuição da associação entre ideação suicida com as variáveis sociodemográficas.**

	n	Ideação suicida		Valor-p
		Sim	Não	
Idade em anos (Mediana e quartis)	322	38,0 (27,0-49,0)	44,0 (30,5-56,0)	0,050 ‡
Sexo	322			
Feminino		80(31,7)	172(68,3)	0,860 †
Masculino		23(32,9)	47(67,1)	
Estado Civil	321			
Casado		53(31,7)	114(68,3)	0,006 ††
Solteiro		33(35,9)	59(64,1)	
Divorciado		17(36,2)	30(63,8)	
Viúvo		0(0,0)	15(100,0)	
Escolaridade	296			
Analfabeto		0(0,0)	2(100,0)	0,430 ††
Ensino fundamental incompleto		27(35,1)	50(64,9)	
Ensino fundamental completo		7(18,9)	30(81,1)	
Ensino médio incompleto		9(36,0)	16(64,0)	
Ensino médio completo		23(32,4)	48(67,6)	
Ensino superior incompleto		18(37,5)	30(62,5)	
Ensino superior completo		11(30,6)	25(69,4)	
Situação profissional	316			
Empregado		46 (31,7)	99 (68,3)	0,745 †
Desempregado		42 (34,4)	80 (65,6)	
Aposentado		14 (28,6)	35 (71,4)	

† Valor obtido após aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson; ‡ Valor obtido após aplicação do teste U de Mann Whitney; †† Valor obtido após aplicação do teste Razão de Verossimilhança; \* Valor estatisticamente significativo após análise de resíduo; Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

**Tabela 9 - Distribuição da associação entre ideação suicida com os transtornos de ansiedade**

	Ideação suicida, n (%)		Valor-p †
	Sim n = 103	Não n = 219	
Transtornos de ansiedade			
Transtorno de ansiedade generalizada	21 (22,3)	73 (77,7) *	0,017
Transtorno de ansiedade não especificado	24 (27,9)	62 (72,1)	0,343
Transtorno misto depressivo e ansioso	38 (39,6)	58 (60,4)	0,057
Transtorno de pânico	11 (32,4)	23 (67,6)	0,961
Transtorno obsessivo-compulsivo	10 (34,5)	19 (65,5)	0,763

† Valor obtido após aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson; \* Valor estatisticamente significativo após análise de resíduo; Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

**Tabela 10 - Distribuição da associação entre tratamento prévio no último mês com os transtornos de ansiedade**

	Tratamento prévio no último mês, n (%)		Valor-p †
	Sim n = 215	Não n = 108	
Transtornos de ansiedade			
Transtorno de ansiedade generalizada	55 (57,9)	40 (42,1) *	0,033

Transtorno de ansiedade não especificado	58 (66,7)	29 (33,3)	0,981
Transtorno misto depressivo e ansioso	70 (72,2)	27 (27,8)	0,162

---

† Valor obtido após aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson; \* Valor estatisticamente significativo após análise de resíduo; Fonte: Dados da pesquisa, 2022.