



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DE IMPERATRIZ - CCIIm
CURSO DE MEDICINA

WESLEY LUAN CARDOZO COSTA

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DISPÉPTICOS ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA E
CORRELAÇÃO COM ESTRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM UMA
UNIVERSIDADE DO INTERIOR DO MARANHÃO**

Imperatriz-MA

2023

WESLEY LUAN CARDOZO COSTA

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DISPÉTICOS ENTRE ESTUDANTES DE
MEDICINA E CORRELAÇÃO COM ESTRESSE, ANSIEDADE E
DEPRESSÃO EM UMA UNIVERSIDADE DO INTERIOR DO MARANHÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Medicina da
Universidade Federal do Maranhão em
Imperatriz como requisito parcial para a
obtenção do grau de Médico.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Antônio Custódio
Neto da Silva

**Imperatriz-MA
2023**

Cardozo Costa, Wesley Luan.

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DISPÉTICOS ENTRE ESTUDANTES DE
MEDICINA E CORRELAÇÃO COM ESTRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO
EM UMA UNIVERSIDADE DO INTERIOR DO MARANHÃO / Wesley Luan
Cardozo Costa. - 2023.

45 f.

Orientador(a): Marcos Antônio Custódio Neto da Silva.
Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,
Imperatriz, 2023.

1. Ansiedade. 2. Depressão. 3. Dispepsia. 4.
Estresse. 5. Estudantes de medicina. I. Custódio Neto da
Silva, Marcos Antônio. II. Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DE IMPERATRIZ
CURSO DE MEDICINA**

Candidato: WESLEY LUAN CARDOZO COSTA

Título: PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DISPÉPICOS ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA E CORRELAÇÃO COM ESTRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM UMA UNIVERSIDADE DO INTERIOR DO MARANHÃO

Orientador: Prof. Dr. Marcos Antônio Custódio Neto da Silva
Universidade Federal do Maranhão- Curso de Medicina/CCIm

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em sessão pública realizada a 26/09/2023, considerou

Aprovado (X)

Reprovado ()

Banca examinadora:

Presidente: Prof. Dr. Marcos Antônio Custódio Neto da Silva
Universidade Federal do Maranhão- Curso de Medicina/CCIm

Prof. MSC. Rodson Glauber Ribeiro Chaves
Universidade Federal do Maranhão- Curso de Medicina/CCIm

Prof. Dra. Alessandra Porto de Macedo Costa
Universidade CEUMA

Imperatriz-MA, 26 de setembro de 2023

SUMÁRIO

TEMA OU TÍTULO	1
RESUMO.....	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUÇÃO.....	8
MÉTODOS	9
TIPO DE ESTUDO.....	9
AMOSTRA.....	10
RESULTADOS.....	13
DISCUSSÃO	20
CONCLUSÃO.....	23
REFERÊNCIAS.....	25
ANEXO(S).....	28
APÊNDICE(S).....	36

Título: PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DISPÉTICOS ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA E CORRELAÇÃO COM ESTRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM UMA UNIVERSIDADE DO INTERIOR DO MARANHÃO

Autores: Wesley Luan Cardozo Costa e Marcos Antonio Custódio Neto da Silva

Revista: Revista Brasileira de Educação Médica

ISSN: 1981-5271

Fator de Impacto: Qualis B1

RESUMO

Introdução: As doenças funcionais do estômago têm aumentado sua prevalência ao longo dos anos. Existe uma associação entre a ocorrência de distúrbios psicológicos com a incidência de sintomas dispépticos e vice-versa. Os estudantes de medicina experimentam maior risco de ansiedade e depressão devido a fatores intrínsecos e extrínsecos ao curso. Esses fatores associados a maus hábitos de vida contribuem para que os estudantes apresentem sintomas dispépticos. **Objetivo:** O objetivo do trabalho foi analisar a prevalência de sintomas dispépticos entre estudantes de Medicina e correlacionar com estresse, ansiedade e depressão na Universidade Federal do Maranhão (UFMA) – Campus Imperatriz. **Método:** A pesquisa foi realizada através de formulários validados sobre estresse, ansiedade e depressão (Inventário de Ansiedade de Beck, Inventário de Depressão de Beck, Inventário de Sintomas de Estresse de Lipp e de perguntas elaboradas pelos autores aplicados via Google Forms) no período de dezembro de 2022 a fevereiro de 2023. Para as variáveis contínuas, foi realizado teste de Shapiro-Wilk para avaliar o pressuposto de normalidade. Uma vez rejeitado o pressuposto ($p < 0,05$), elas foram expressas em medianas e intervalos interquartis (IIQ). A associação entre o desfecho (presença/ausência de sintomas dispépticos) e as variáveis contínuas ocorreu por meio do teste de Wilcoxon, enquanto entre o desfecho e variáveis categóricas ocorreu por meio do teste Qui-quadrado de Pearson. A significância estatística foi estabelecida em $p < 0,05$. **Resultados:** A amostra foi composta por 50% do sexo masculino e 50% do sexo feminino, dos quais a maioria (66,34%) possuíam ente 20 e 25 anos e 49,01% possuíam hábitos alimentares pouco adequados. Estudantes que relataram estar insatisfeitos com o curso, que possuíam sintomas e diagnóstico de ansiedade e depressão de acordo com os questionários validados, que consumiam poucas frutas e vegetais e consumiam carboidratos de alta densidade (fast food) apresentaram proporcionalmente mais sintomas dispépticos como refluxo, azia e má digestão. **Conclusão:** O estudo forneceu evidências de que os sintomas dispépticos como por exemplo refluxo, azia, pirose e má digestão, de fato, estão associados com estresse, ansiedade e depressão em estudantes de medicina. Os resultados devem fornecer subsídios para melhor atenção à saúde dos estudantes durante o curso de graduação.

Descritores ou palavras-chave: Dispepsia. Ansiedade. Depressão. Estresse. Estudantes. Medicina

ABSTRACT (corrigir de acordo com as mudanças sugeridas na versão em português)

Introduction: There is a very clear relationship between psychological disorders and the incidence of dyspeptic symptoms, being a very relevant topic of studies and investigations. Medical students experiment a higher risk of anxiety and depression because of intrinsic and extrinsic factors of the course. These factors associated with bad lifestyle habits make students susceptible to damage to the gastric mucosa that generate dyspeptic symptoms.

Objective: To analyze the prevalence of dyspeptic symptoms among medical students and the correlation with stress, anxiety and depression at the Federal University of Maranhão (UFMA) – Campus Imperatriz. **Method:** The research was carried out using validated forms on stress, anxiety and depression (Beck Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory, Lipp Stress Symptoms Inventory and questions prepared by the authors applied via Google Forms) in the period of December 2022 to February 2023. For continuous variables, the Shapiro-Wilk test was performed to assess the assumption of normality. Once the assumption was rejected ($p < 0.05$), they were expressed in medians and interquartile ranges (IQR). The association between the outcome (presence/absence of dyspeptic symptoms) and continuous variables occurred using the Wilcoxon test, while between the outcome and categorical variables occurred through Pearson's chi-square test. Statistical significance was set at $p < 0.05$. **Results:** The sample consisted of 50% male and 50% female, of which the majority (66.34%) were between 20 and 25 years old and 49.01% had poor eating habits. Students who reported being dissatisfied with the course, who had symptoms and diagnosis of anxiety and depression according to the validated questionnaires, who consumed few fruits and vegetables to the detriment of high-density carbohydrates (fast food) had proportionally more dyspeptic symptoms such as reflux, heartburn and poor digestion. **Conclusion:** The study provided evidence that dyspeptic symptoms such as reflux, heartburn, heartburn and poor digestion are indeed associated with stress, anxiety and depression in medical students. The results should provide subsidies for better health care for students during the graduation.

Descriptors or keywords: Dyspepsia. Anxiety. Depression. Stress. Students. Medicine

1. INTRODUÇÃO

O desenvolvimento biopsicossocial inclui diversas mudanças que vão exigindo um nível cada vez maior de complexidade. A finalidade é inserir o indivíduo na sociedade civil sob a ótica de leis e regras que visam a homeostase social. Conciliar os inúmeros campos que regem o ser social, como família, trabalho, relações sociais, estudos e lazer não tem sido fácil na sociedade moderna, trazendo fortes dilemas ao ser humano que tem culminado em altas cargas de estresse psicológico e esgotamento mental. De fato, existem evidências consistentes de que a exposição a eventos de vida percebidos como negativamente estressantes predispõem a um maior risco de doenças, particularmente no caso de condições médicas crônicas, como doença cardiovascular, asma e depressão (VIDEIRA, 2020).

Dispepsia é definida como um conjunto de sintomas resultantes de distúrbios da digestão relacionados ao trato gastrointestinal superior (TGI), como dor, queimação ou desconforto na região superior do abdômen (epigástrico), que pode estar associado à saciedade precoce, plenitude pós-prandial, náuseas e vômitos, cujo aparecimento ou piora pode ou não estar relacionado aos hábitos alimentares ou a situações extenuantes de estresse psicológico. (CHANNA et al., 2019).

Desde os primórdios da medicina, sempre foi notada uma relação clara entre os distúrbios psicológicos com a incidência de sintomas dispépticos, sendo uma temática bastante relevante de estudos e investigações por parte da patologia. Diversas pesquisas epidemiológicas, observacionais e quantitativas já encontraram relações significativas entre o estado psicológico do indivíduo e o acometimento por patologias do TGI como Úlcera Péptica, Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), Síndrome do Intestino Irritável (SII) e diversos tipos de Gastrites. Pode haver conexão muito íntima entre o trato gastrointestinal e o cérebro. A ocorrência de estresse e tensão emocional podem afetar as funções gastrointestinais gerando doenças. No mesmo caminho, o estresse da mucosa gastrointestinal gera dores que podem afetar o bem-estar mental. (CHANNA et al., 2019).

Bai et al. (2021) relata que o estresse e a ansiedade podem interromper a função gastrointestinal normal e levar a vários distúrbios gastrointestinais, incluindo a DRGE. Da mesma forma, problemas de saúde gastrointestinal podem desencadear ansiedade e depressão nos pacientes.

Muitos fatores são conhecidos por estarem associados às dispepsias, dentre eles os transtornos mentais. Um estudo de Haug et al. (2018) relatou que 34% dos pacientes com sintomas dispépticos tinham diagnóstico psiquiátrico. Ansiedade e depressão estão entre as muitas doenças psiquiátricas que estão associadas às dispepsias. Os transtornos de ansiedade são diagnosticados em 38% dos pacientes com desordens do TGI, enquanto os transtornos depressivos são diagnosticados em 16% dos pacientes. (ESTERITA et al., 2021).

A educação médica é considerada uma das formações mais exigentes academicamente e emocionalmente. Mesmo antes de ingressar na graduação, o estudante de medicina já enfrenta uma rotina de estudos exaustiva e repleta de comparações e concorrência, fazendo-o entrar na faculdade já esgotado mentalmente. Tais demandas e estresse causam um efeito negativo sobre o bem-estar psicológico dos alunos, deixando-os suscetíveis à depressão e ansiedade.

É evidente que os estudantes de medicina experimentam maior risco de ansiedade e depressão em comparação com a população em geral. Uma combinação única de fatores psicológicos e mudanças de estilo de vida ocorrem quando os alunos entram no ensino superior. Estudos mostram que o estudante de graduação, especialmente em medicina, tem altos níveis de estresse psicológico. Vários fatores como dificuldade em lidar com o currículo, ficar longe de casa e hábitos alimentares desordenados ou inadequados podem contribuir para incrementar a tensão psicológica. (ARIVAN; DEEPANJALI, 2019)

Dessa forma, frente aos expostos, essa pesquisa objetiva determinar a prevalência de dispepsia na população estudada, além de determinar a prevalência de sintomas de ansiedade, depressão e estresse entre estudantes de Medicina e correlacionar os sintomas dispépticos com sintomas de estresse, ansiedade e/ou depressão na população estudada.

2 METODOS

2.1 Tipo de estudo

Este é um estudo do tipo observacional, descritivo, quantitativo, analítico e transversal, o qual analisou a prevalência de sintomas dispépticos relacionados ao estresse psicológico na comunidade acadêmica do curso de medicina da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), campus Imperatriz.

2.2 Coleta de dados

O projeto contou com formulários estruturados e validados sobre estresse, ansiedade e depressão: Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Inventário de Depressão de Beck, Inventário de Sintomas de Estresse de Lipp e de perguntas elaboradas pelos autores aplicados via Google Forms no período de dezembro de 2022 a fevereiro de 2023..

Os questionários abordaram sintomas de estresse, ansiedade e depressão. As perguntas elaboradas pelos autores colheram dados clínicos, epidemiológicos e a ocorrência de sintomas dispépticos na população estudada.

Quanto à identificação, as variáveis analisadas foram: nome completo, e-mail, turma e período, data de nascimento, idade, sexo biológico (masculino ou feminino); estado civil; naturalidade; procedência, residência e quantidade de pessoas que moram com o indivíduo na cidade de Imperatriz.

Quanto à saúde dos indivíduos, foram avaliados: antecedentes familiares; grau de parentesco; doenças anteriores; internações anteriores; doença ou queixa atual; tratamentos; etilismo; tabagismo; drogas ilícitas; prática de atividades físicas; regularidade alimentar, sono e repouso; tempo de atividades acadêmicas, atividades de lazer; frequência de consulta com profissional de saúde e peso.

2.3 Amostra

A amostra foi composta por todos os estudantes regularmente matriculados no curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, Campus Imperatriz - MA, de acordo com os parâmetros estabelecidos nos critérios de inclusão e exclusão.

2.4 Critérios de inclusão

Indivíduos de ambos os sexos, independente da etnia, maiores de 18 anos e regularmente matriculados no curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, Campus Imperatriz-MA e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

2.5 Critérios de exclusão

Indivíduos que tinham pendências na matrícula, que cursaram mais de uma graduação simultânea, que foram menores de 18 anos ou que se recusaram a assinar o TCLE.

2.6 Definição de Dispepsia

No presente artigo foi atribuído o termo dispepsia para definir o conjunto de sintomas manifestados no trato gastrointestinal superior, tais como dor epigástrica, desconforto abdominal, plenitude gástrica pós-prandial, sensação de queimação, eructação, náuseas, distensão abdominal e azia. Essa condição pode ser atribuída a uma variedade de origens, incluindo distúrbios funcionais, como síndrome do intestino irritável, bem como a patologias orgânicas, como úlceras pépticas, doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) ou até mesmo condições mais sérias, como câncer gástrico.

2.7 Instrumentos de Avaliação

2.7.1 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

Com o intuito de mensurar os sintomas comuns de ansiedade, o BAI constitui-se de uma lista de 21 sintomas com quatro alternativas cada, em ordem crescente do nível de ansiedade. O BAI foi validado no Brasil, com a seguinte classificação: zero a 10 – Mínimo; 11 a 19 – Leve; 20 a 30 – Moderado e 31 a 63 – Grave (CUNHA, 2001).

O respondente informa o quanto cada um dos sintomas o incomodou durante a semana que passou, dentro de uma escala de 4 pontos, que refletem níveis de gravidade crescente de cada sintoma, variando de 0 a 3:) Absolutamente não; 2) Levemente: não me incomodou muito; 3) Moderadamente: foi muito desagradável, mas pude suportar 4) Gravemente: dificilmente pude suportar (BECK et al., 1988; BECK; STEER, 1998; CUNHA, 2001).

2.7.2 Inventário de Depressão de Beck

Medida de autoavaliação de depressão mais usada tanto para pesquisa como para clínica, traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países proposta por Beck e colaboradores (1988). A escala original é formada por 21 itens, inclui sintomas e atitudes, com intensidade que varia de 0 a 3.

Os itens são tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de libido.

Para amostras não diagnosticadas, Kendall et al. (1987) recomendam escores acima de 15 para detectar disforia e afirmam que o termo "depressão" deve utilizado somente com indivíduos que pontuaram escores acima de 20, preferencialmente com diagnóstico clínico concomitante.

2.7.3 Inventário de Sintomas de Estresse de Lipp

Para avaliação dos sintomas de estresse será utilizado o Teste de Lipp - ISSL (inventário de sintomas de "stress"). Esse Inventário classifica quatro diferentes fases de estresse: (1) alerta, fase em que o sujeito se sente mais produtivo e tem mais energia e vigor em decorrência da produção de adrenalina desencadeada pelo estressor; (2) resistência, fase em que o organismo tenta resistir ao acúmulo de estressores que acontece com o passar do tempo; (3) quase exaustão, fase na qual uma situação estressante se estende prolonga e o organismo tenta adaptar-se; e (4) exaustão, considerada fase de estresse patológico. O ISSL também possibilita avaliar a porcentagem de sintomas físicos ou psicológicos nos períodos examinados.

2.8 Análise dos dados

Inicialmente, o banco de dados foi importado do programa de edição de planilhas Microsoft Office Excel (versão 365) para o programa estatístico de acesso aberto R Studio (R Core Team, 2021). As variáveis categóricas foram expressas em frequências (n) e percentuais (%).

Para as variáveis contínuas, foi realizado teste de Shapiro-Wilk para avaliar o pressuposto de normalidade. Uma vez rejeitado o pressuposto ($p < 0,05$), elas foram expressas em medianas e intervalos interquartis (IIQ).

A associação entre o desfecho (presença/ausência de sintomas dispépticos) e as variáveis contínuas ocorreu por meio do teste de Wilcoxon, enquanto entre o desfecho e

variáveis categóricas ocorreu por meio do teste Qui-quadrado de Pearson. A significância estatística foi estabelecida em $p < 0,05$.

2.9 Aspectos Éticos

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS no.466/2012 e Norma Operacional no. 001 de 2013 do CNS, sob o parecer de número: 5.694.050.

3. RESULTADOS

3.1 Características da população estudada.

O estudo inscreveu inicialmente 205 indivíduos. Três foram excluídos e os restantes 202 casos elegíveis foram analisados, sendo 101 (50%) do sexo masculino e 101 (50%) do sexo feminino. A faixa etária prevalente foi idade entre 20 e 25 anos (66%).

Os grupos com sintomas dispépticos e DRGE sintomática compreenderam 96 alunos (47,52%) e 106 (52,48%) não apresentaram sintomas dispépticos. Uma parcela significativa (38,61%) não pratica atividade física ao mesmo tempo que 72,28% estão envolvidos em atividades extracurriculares, o que indica mais envolvimento com as atividades acadêmicas em detrimento ao lazer. Dos entrevistados, 54,46% afirmaram grau de satisfação médio com o curso e 4,95% grau de satisfação baixo. 54,46% possuem hábitos etilistas ativos, estando susceptíveis a problemas mentais, doenças hepáticas, cardiovasculares e digestivas, danos neurológicos e riscos de acidentes. 22,77% possuem diagnóstico de doenças psiquiátricas porém apenas 19,8% realizam tratamento medicamentoso para essa comorbidade, podendo indicar falta de tratamento. Quanto aos hábitos alimentares, 49,01% os caracterizaram como pouco adequados, 8,91% como totalmente inadequados e 45,54% consomem frutas e verdura somente as vezes, estando mais expostos a eventos dispépticos desencadeados pela má qualidade de alimentação e hábitos de vida. (Tabela 1)

Tabela 1. Características basais dos 202 estudantes do curso de Medicina

Variáveis	N = 202
Sexo	
Feminino	101 (50,00%)
Masculino	101 (50,00%)
Idade	
Entre 17 e 20 anos	26 (12,87%)
Entre 20 e 25 anos	134 (66,34%)
Entre 25 e 30 anos	35 (17,33%)
Mais de 30 anos	7 (3,47%)
Prática de atividade física	
Não	78 (38,61%)
Sim	124 (61,39%)
Atividades extracurriculares	
Não	56 (27,72%)
Sim	146 (72,28%)
Grau de satisfação com o curso	
Alto	82 (40,59%)
Médio	110 (54,46%)
Baixo	10 (4,95%)
Tabagismo	
Não	192 (95,05%)
Sim	10 (4,95%)
Etilismo	

Não	92 (45,54%)
Sim	110 (54,46%)
Diagnóstico de doenças crônicas	
Não	185 (91,58%)
Sim	17 (8,42%)
Diagnóstico de doenças psiquiátricas	
Não	156 (77,23%)
Sim	46 (22,77%)
Uso de medicamento psiquiátrico	
Não	162 (80,20%)
Sim	40 (19,80%)
Hábitos alimentares	
Adequados	85 (42,08%)
Pouco Adequados	99 (49,01%)
Totalmente Inadequados	18 (8,91%)
Consumo de frutas e verduras	
As vezes	92 (45,54%)
Raramente	16 (7,92%)
Sim, sempre	94 (46,53%)
Frequência de alimentação fora de casa	
1 a 2 vezes por semana	87 (43,07%)
3 a 4 vezes por semana	62 (30,69%)
Durante toda a semana	11 (5,45%)

Raramente me alimento fora de casa	42 (20,79%)
Consumo de fast foods	
1 a 2 vezes por semana	102 (50,50%)
3 a 4 vezes por semana	8 (3,96%)
Durante toda a semana	4 (1,98%)
Raramente me alimento de Fast Food	88 (43,56%)
Interferência da Alimentação na produtividade	
Não	8 (3,96%)
Sim	194 (96,04%)
Sintomas dispépticos	
Não	106 (52,48%)
Sim	96 (47,52%)

3.2 fatores de risco o desenvolvimento de dispepsia

Na tabela 2 encontram-se as correlações entre variáveis epidemiológicas e clínicas e a ocorrência de sintomas dispépticos. Para associação positiva foi adotado um valor de $p < 0.005$. No caso do sexo, as mulheres referiram possuir sintomas dispépticos proporcionalmente superior aos homens (60,42% e 39,58%, respectivamente). Ainda, os discentes que referiram estar insatisfeitos com o curso apresentaram proporcionalmente mais sintomas dispépticos. Além disso, quem possuía diagnóstico de doenças psiquiátricas foi significativamente superior no quadro de sintomas dispépticos, comparativamente a quem não possuía, assim como para os que fazem uso de medicamento psiquiátrico. Para os que possuíam hábitos alimentares totalmente inadequados estava significativamente superior na presença de sintomas dispépticos em relação aos demais. O raro consumo de frutas e hortaliças também teve associação à susceptibilidade de sintomas dispépticos. Ademais, o consumo de fast food de 3 a 4 vezes por semana também se mostrou atrelado à presença dos sintomas dispépticos ($p = 0,002$).

Tabela 2. Correlação entre variáveis basais e clínicas e sintomas dispépticos nos 202 estudantes de medicina

Variáveis	Sintomas Dispépticos		p-valor
	Não (%)	Sim (%)	
Sexo			0,005
Feminino	43 (40,57%)	58 (60,42%)	
Masculino	63 (59,43%)	38 (39,58%)	
Idade			0,651
Entre 17 e 20 anos	15 (14,15%)	11 (11,46%)	
Entre 20 e 25 anos	67 (63,21%)	67 (69,79%)	
Entre 25 e 30 anos	21 (19,81%)	14 (14,58%)	
Mais de 30 anos	3 (2,83%)	4 (4,17%)	
Prática de atividade física			0,396
Não	38 (35,85%)	40 (41,67%)	
Sim	68 (64,15%)	56 (58,33%)	
Atividades extracurriculares			0,847
Não	30 (28,30%)	26 (27,08%)	
Sim	76 (71,70%)	70 (72,92%)	
Grau de satisfação com o curso			0,002
Baixo	1 (0,94%)	9 (9,38%)	
Médio	53 (50,00%)	57 (59,38%)	
Alto	52 (49,06%)	30 (31,25%)	
Tabagismo			0,751

Não	100 (94,34%)	92 (95,83%)	
Sim	6 (5,66%)	4 (4,17%)	
Etilismo			0,105
Não	54 (50,94%)	38 (39,58%)	
Sim	52 (49,06%)	58 (60,42%)	
Diagnóstico de doenças crônicas			0,330
Não	99 (93,40%)	86 (89,58%)	
Sim	7 (6,60%)	10 (10,42%)	
Diagnóstico de doenças psiquiátricas			< 0,001
Não	93 (87,74%)	63 (65,62%)	
Sim	13 (12,26%)	33 (34,38%)	
Uso de medicamento psiquiátrico			0,001
Não	94 (88,68%)	68 (70,83%)	
Sim	12 (11,32%)	28 (29,17%)	
Hábitos alimentares			0,008
Adequados	55 (51,89%)	30 (31,25%)	
Pouco Adequados	45 (42,45%)	54 (56,25%)	
Totalmente Inadequados	6 (5,66%)	12 (12,50%)	
Consumo de frutas e verduras			0,007
As vezes	43 (40,57%)	49 (51,04%)	
Raramente	4 (3,77%)	12 (12,50%)	
Sim, sempre	59 (55,66%)	35 (36,46%)	
Frequência de alimentação fora de casa			0,568

1 a 2 vezes por semana	45 (42,45%)	42 (43,75%)	
3 a 4 vezes por semana	32 (30,19%)	30 (31,25%)	
Durante toda a semana	4 (3,77%)	7 (7,29%)	
Raramente me alimento fora de casa	25 (23,58%)	17 (17,71%)	
Consumo de fast foods			0,002
1 a 2 vezes por semana	51 (48,11%)	51 (53,12%)	
3 a 4 vezes por semana	0 (0,00%)	8 (8,33%)	
Durante toda a semana	1 (0,94%)	3 (3,12%)	
Raramente me alimento de Fast Food	54 (50,94%)	34 (35,42%)	
Interferência da Alimentação na produtividade			0,068
Não	7 (6,60%)	1 (1,04%)	
Sim	99 (93,40%)	95 (98,96%)	

A tabela 3 apresenta a correlação entre estresse, ansiedade e depressão e a ocorrência de sintomas dispépticos. Na categoria ansiedade mínima, os discentes com sintomas dispépticos são 50% menos comparados aos que não possuem. Na categoria leve já são 52% a mais do que o grupo oposto. Na categoria moderada são 231% a mais que na grave. Os que possuem depressão representam 535% a mais de risco de surgimento de sintoma dispéptico, enquanto os sem depressão representam 21% menos risco. No Inventário de Ansiedade de Beck, temos uma significância estatística bastante atrelada à presença dos sintomas dispépticos ($p < 0,001$), mostrando que quanto maior o grau de ansiedade, maior a probabilidade do entrevistado conviver com tais sintomas. O mesmo vale para o Inventário de Depressão de Lipp, com um valor de p também menor que 0,001. Tais achados, mais uma vez, demonstram a relação direta e inerente entre ansiedade e depressão e o convívio com sintomas de natureza dispéptica.

Tabela 3. Escalas de ansiedade e depressão segundo presença/ausência de sintomas dispépticos.

Sintomas Dispépticos			
Variáveis	Não, N = 106 ¹	Sim, N = 96 ¹	p
Inventário de Ansiedade de Beck			< 0,001
Mínimo	76 (71,70%)	34 (35,42%)	
Leve	21 (19,81%)	29 (30,21%)	
Moderado	6 (5,66%)	18 (18,75%)	
Grave	3 (2,83%)	15 (15,62%)	
Inventário de depressão de Beck			< 0,001
Depressão	4 (3,77%)	23 (23,96%)	
Sem depressão	102 (96,23%)	73 (76,04%)	
Inventário de sintomas de estresse de LIPP			
Fase 1			0.753
< 7	9 (8.49%)	7 (7.29%)	
Alerta	97 (91.51%)	89 (92.71%)	
Fase 2			0.685
< 4	4 (3.77%)	2 (2.08%)	
Resistência	102 (96.23%)	94 (97.92%)	
Fase 3			0.968
< 9	9 (8.49%)	8 (8.33%)	
Exaustão	97 (91.51%)	88 (91.67%)	

4. DISCUSSÃO

O estudo demonstrou que os sintomas dispépticos, como por exemplo DRGE, pirose e gastrite foram mais prevalentes em participantes com ansiedade, estresse e depressão. No estudo, as mulheres referiram possuir sintomas dispépticos proporcionalmente superior aos homens (60,42% e 39,58%, respectivamente). Os discentes que declararam estar insatisfeitos com o curso apresentaram proporcionalmente mais sintomas dispépticos quando comparados com a categoria oposta, reforçando a teoria de que os revezes psicológicos causados pela quebra de expectativas sobre o atual estado acadêmico deixam o indivíduo mais susceptível a DRGE, pirose e gastrite por exemplo.

Os participantes que possuíam diagnóstico de doenças psiquiátricas, com destaque para ansiedade e depressão, tiveram uma susceptibilidade significativamente superior no quadro de sintomas dispépticos, comparativamente a quem não possuía, constatando que o aumento dos níveis de ansiedade tem um forte efeito sobre o componente mental da qualidade de vida em pacientes com sintomas dispépticos. A ansiedade tem um efeito bem estabelecido sobre os distúrbios gastrointestinais funcionais, como dispepsia funcional e síndrome do intestino irritável. Este estudo, mais uma vez, credibiliza a relação entre o aumento dos níveis de ansiedade e os sintomas funcionais em pacientes com dispepsia. Tais resultados, então, sugerem a presença de ansiedade e depressão como preditores negativos frente ao diagnóstico de DRGE, gastrite ou pirose.

Paul et al. (2022), no seu trabalho realizado na Coreia mostrou que os indivíduos com DRGE tinham um alto nível de ansiedade e depressão.

Em conformidade com o trabalho, Causes (2021) revelou que os sintomas dispépticos com componente psicológico ocorrem devido ao constante estresse e ansiedade que mantém a pessoa com tensão contínua e sensação de alerta, o que acaba prejudicando a saúde de todo o corpo, inclusive do estômago. O que acontece é que o estresse constante e o nervosismo acabam inflamando as paredes do estômago, que se não forem tratadas adequadamente podem acabar provocando a formação de úlceras estomacais.

Oliveira et al. (2022) discorre que os sintomas típicos de estresse (alteração de apetite, gastrite, úlcera ou indisposição estomacal muito prolongada), identificados entre os estudantes da pesquisa, mesmo na ausência de doença orgânica, são preocupantes, em virtude do possível agravamento e esgotamento do organismo. Ademais, as perturbações gástricas são desencadeadas ou agravadas pelo estresse crônico ao elevar a produção de ácidos gástricos.

Li et al., (2020), em seu estudo, revelou que muitos sintomas gastrointestinais de pacientes com gastrite crônica correlacionam-se com hábitos alimentares não saudáveis e preferências alimentares, entre os quais refeições irregulares, alimentos salgados e doces são os fatores de risco mais fortes. Fazendo uma ponte com o presente estudo, quem consumia raramente frutas apresentava significativamente mais sintomas dispépticos comparativamente ao grupo que não apresentou os sintomas, ou seja, também no grupo estudado, a troca de refeições rica em macronutrientes naturais por alimentos ricos em carboidratos de alta densidade tem os deixado mais passivo aos sintomas dispépticos.

Em consonância com o estudo de Kariri et al., (2020) que relatou DRGE mais comum entre pessoas que consumiam regularmente fast food, o presente estudo também constatou que quem consumia fast food 3 a 4 vezes por semana ou durante toda a semana apresentou proporção superior de sintomas dispépticos comparativamente ao seu grupo oposto. Pesquisas anteriores mostraram que a prevalência de DRGE estava associada a certos tipos de alimentos e bebidas, uso de analgésicos, hábitos de sono e tabagismo

O presente estudo confirma certa prevalência de sintomas de ansiedade e depressão, avaliada por escores de depressão positivos acima de um ponto de corte clinicamente relevante, são essas as escalas de Beck e Lipp. No estudo, os discentes que possuem os sintomas dispépticos são 50% menos comparados aos que não possuem. Na categoria leve, os que assinalaram sim já representam 52% a mais dos que responderam não. Na categoria moderada, já são 231% a mais e na categoria grave, correspondem a 451% a mais.

O estudo está paralelo à investigação de Staab et al., (2023), quando fala que o estresse psicológico desempenha um papel fundamental na etiologia da inflamação gástrica e da síndrome depressiva. Em humanos, o estresse crônico altera várias vias fisiológicas, resultando em níveis elevados de glicocorticoides, aumento do estresse oxidativo, níveis reduzidos de neurotransmissores e reações inflamatórias na mucosa gástrica. Então é perceptível um comportamento de risco na ansiedade. Quanto mais ansioso, maior risco de possuir sintoma dispéptico. A mesma interpretação pode ser representada para a depressão. Os que possuem depressão representam 535% a mais de risco de surgimento de sintoma dispéptico, enquanto os sem depressão representam 21% menos risco.

No contexto da pesquisa, foi observado que a infrequente ingestão de frutas e vegetais apresentou uma ligação com a predisposição a manifestar sintomas dispépticos, um achado que suscita interesse. Além disso, constatou-se que o hábito de consumir fast food de três a quatro vezes por semana estava significativamente relacionado à presença

desses sintomas dispépticos (valor de $p = 0,002$). Esta constatação ressalta a relevância desses fatores dietéticos na possível ocorrência de desconfortos digestivos, em paralelo a Gutiérrez (2022) descreve que “estresse acadêmico”, mostrados tanto por alunos quanto por professores tem ligação significativa com doenças gastrointestinais.

Foram observadas indicações que apontam para uma significativa parcela dos estudantes, que utilizam as instalações da cantina, apresentando sintomas pronunciados de gastrite, que podem ser associados ao "estresse acadêmico". O impacto do estresse sobre o sistema gastrointestinal pode criar condições favoráveis para a possível infecção pela bactéria *Helicobacter pylori*. Essas ramificações gastrointestinais resultantes do estresse acadêmico podem emergir como um elemento de risco considerável para o desenvolvimento de câncer gástrico, conforme evidenciado por informações provenientes de pesquisas anteriores conduzidas em ambientes universitários

Além disso, foi notado que os estudantes que manifestaram insatisfação com o currículo apresentaram uma proporção mais elevada de sintomas dispépticos, o que aponta para uma associação notável entre esses dois aspectos, de forma concomitante ao estudo citado em Correa (2023), com 164 estudantes da área da saúde, em específico do curso de Medicina, evidenciou que a maioria dos estudantes não se encontravam satisfeitos com seu desempenho acadêmico, onde cerca de 54,7% declaram que tiveram piora na qualidade de vida após início da vida acadêmica.

Os desdobramentos clínicos e acadêmicos inerentes aos resultados apresentados e em consonância com outros estudos possuem um peso significativo. Urge como imperativo aprimorar a promoção da saúde mental entre os estudantes de medicina, sendo de suma importância a adoção de estratégias enérgicas. Isso compreende a oferta inequívoca de suporte psicológico estruturado, bem como a instituição de abordagens estratégicas para a gestão do estresse, concomitantemente com o fomento da percepção sobre a preponderância do autocuidado. Além disso, os resultados da pesquisa podem apontar para a necessidade de implementar mudanças significativas no plano de estudos da faculdade e na organização educacional como um todo. Tais mudanças deveriam ser planejadas com o objetivo de reduzir os níveis de estresse, contribuindo assim para a construção de um ambiente de aprendizagem mais saudável e benéfico.

Conclusão

O presente estudo forneceu evidências de que os sintomas dispépticos como por exemplo DRGE, Azia, pirose e má digestão, de fato, estão associados com estresse, ansiedade e depressão. Ainda, o estudo evidenciou que baixa satisfação com o curso,

alimentação pobre em vegetais e frutas e rica em carboidratos de alta densidade (fast food) e uso de medicação psiquiátrica podem ser preditores positivos ao surgimento de sintomas dispépticos.

A ansiedade e depressão foram caracterizadas como condições de risco para o surgimento dos sintomas gastrointestinais pois, no presente estudo, quanto mais ansioso e depressivo, mais susceptível aos sintomas dispépticos eram os entrevistados.

O papel dos fatores psiquiátricos na etiologia, curso e manejo da dispepsia requer uma investigação mais detalhada, como por exemplo em outros contextos locais ou diferentes configurações socioeconômicas com a finalidade de fornecer cuidados clínicos mais acurados e adaptados às demais realidades biopsicossociais e otimizar os resultados.

As limitações da pesquisa estiveram relacionadas à coleta de dados, com algumas dificuldades na adesão dos estudantes para o preenchimento dos questionários. Outro fator desafiador foi o extenso tamanho dos formulários, compostos por questionários validados, o que pode ter contribuído para a maior resistência dos entrevistados, dificultando a obtenção de uma amostra maior. Apesar das dificuldades, esse foi o primeiro estudo a avaliar sintomas dispépticos e correlacionar com ansiedade, depressão e estresse feito na instituição, o que fornecerá subsídios para ações de melhorias no processo educacional.

REFERÊNCIAS

Al Quraan AM, Beriwal N, Sangay P, Namgyal T. The Psychotic Impact of Helicobacter pylori Gastritis and Functional Dyspepsia on Depression: A Systematic Review. *Cureus*. 2019 Oct 21;11(10):e5956. doi: 10.7759/cureus.5956. PMID: 31799095; PMCID: PMC6863582.

Arivan R, Deepanjali S. Prevalence and risk factors of gastro-esophageal reflux disease among undergraduate medical students from a southern Indian medical school: a cross-sectional study. *BMC Res Notes*. 2018 Jul 9;11(1):448. doi: 10.1186/s13104-018-3569-1. PMID: 29986748; PMCID: PMC6038284.

Bai P, Bano S, Kumar S, Sachdev P, Ali A, Dembra P, Bachani P, Shahid S, Jamil A, Rizwan A. Gastroesophageal Reflux Disease in the Young Population and Its Correlation With Anxiety and Depression. *Cureus*. 2021 May 28;13(5):e15289. doi: 10.7759/cureus.15289. PMID: 34194886; PMCID: PMC8236209.

Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988 Dec;56(6):893-7. doi: 10.1037//0022-006x.56.6.893. PMID: 3204199.

Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review* [Internet]. 1988 Jan;8(1):77–100. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0272735888900505>

BECK AT, WARD CH, MENDELSON M, MOCK J, ERBAUGH J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961 Jun;4:561-71. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004. PMID: 13688369.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-Five Years of Evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100. [http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)

Correa KG, Nunes LB, Silva RM da. Associação entre estresse acadêmico e qualidade de vida em acadêmicos da área de saúde. *REVisA (Online)* [Internet]. 2023 [cited 2023 Aug 16];419–29. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1442345>

Cuases MGP. Estrés factor predisponente para gastritis nerviosa. *Boletín Informativo CEI* [Internet]. 2021 Dec 15 [cited 2022 Aug 22];8(2):60–4. Available from: <https://revistas.umariana.edu.co/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/2677/2966>

Esterita T, Dewi S, Suryatenggara FG, Glenardi G. Association of Functional Dyspepsia with Depression and Anxiety: A Systematic Review. *J Gastrointest Liver Dis*. 2021 Jun 18;30(2):259-266. doi: 10.15403/jgld-3325. PMID: 33951117.

Francisco R, Duarte L, Osete R, Carvalho T, Eugênio S, Souza. AFONSO HENRIQUE NOVAES MENEZES METODOLOGIA CIENTÍFICA TEORIA E APLICAÇÃO NA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA [Internet]. Available from: <https://portais.univasf.edu.br/noticias/univasf-publica-livro-digital-sobre-metodologia-cientifica-voltada-para-educacao-a-distancia/livro-de-metodologia-cientifica.pdf>

Gutiérrez Núñez DE, Gavilanes Gómez GD. “Factores de riesgo psicosocial y su relación con el estrés laboral en docentes de una unidad educativa.” *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2022 Nov 22;6(5):5463–74.

Kariri AM, Darraj MA, Wassly A, Arishi HA, Lughbi M, Kariri A, Madkhali AM, Ezzi MI, Khawaji B. Prevalence and Risk Factors of Gastroesophageal Reflux Disease in Southwestern Saudi Arabia. *Cureus*. 2020 Jan 10;12(1):e6626. doi: 10.7759/cureus.6626. PMID: 31966942; PMCID: PMC6957026.

Li Y, Su Z, Li P, Li Y, Johnson N, Zhang Q, Du S, Zhao H, Li K, Zhang C, Ding X. Association of Symptoms with Eating Habits and Food Preferences in Chronic Gastritis Patients: A Cross-Sectional Study. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2020 Jul 9;2020:5197201. doi: 10.1155/2020/5197201. PMID: 32695209; PMCID: PMC7368216.

Manual da versão em português das Escalas Beck – ScienceOpen [Internet]. www.scienceopen.com. Available from: <https://www.scienceopen.com/document?vid=760d7977-aa5a-4b16-be6a-7f84e0aa0201> CUNHA, J.A. Manual da versão em Português das escalas de Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001

Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL) [Internet]. scholar.google.com.br. Available from: https://scholar.google.com.br/citations?view_op=view_citation&hl=pt-BR&user=UUhHo-oAAAAJ&citation_for_view=UUhHo-oAAAAJ:u5HHmVD_uO8CLIPP, Marilda Emmanuel Novaes. Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISLL). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000

Mohammad S, Chandio B, Soomro AA, Lakho S, Ali Z, Ali Soomro Z, Shaukat F. Depression and Anxiety in Patients with Gastroesophageal Reflux Disorder With and Without Chest Pain. *Cureus*. 2019 Nov 8;11(11):e6103. doi: 10.7759/cureus.6103. Erratum in: *Cureus*. 2019 Dec 10;11(12):c25. PMID: 31763106; PMCID: PMC6858267.

Paul S, Abbas MS, Nassar ST, Tasha T, Desai A, Bajgain A, Ali A, Dutta C, Pasha K, Khan S. Correlation of Anxiety and Depression to the Development of Gastroesophageal Disease in the Younger Population. *Cureus*. 2022 Dec 19;14(12):e32712. doi: 10.7759/cureus.32712. PMID: 36686114; PMCID: PMC9851729.

Proetti S. AS PESQUISAS QUALITATIVA E QUANTITATIVA COMO MÉTODOS DE INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA: UM ESTUDO COMPARATIVO E OBJETIVO. *Revista Lumen* - ISSN: 2447-8717 [Internet]. 2018 Jun 1 [cited 2020 Nov 27];2(4). Available from: <http://www.periodicos.unifai.edu.br/index.php/lumen/article/viewFile/60/88>

Quek TT, Tam WW, Tran BX, Zhang M, Zhang Z, Ho CS, Ho RC. The Global Prevalence of Anxiety Among Medical Students: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Jul 31;16(15):2735. doi: 10.3390/ijerph16152735. PMID: 31370266; PMCID: PMC6696211

SciELO RevOdonto - revodonto.bvsalud.org [Internet]. revodonto.bvsalud.org. Available from: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=484073&pid=S1519-4442201000020000800004&lng=pt

Sharma A, Sharma PK, Puri P. Prevalence and the risk factors of gastro-esophageal reflux disease in medical students. *Med J Armed Forces India*. 2018 Jul;74(3):250-254. doi: 10.1016/j.mjafi.2017.08.005. Epub 2017 Oct 7. PMID: 30093768; PMCID: PMC6081271.

Sonda M. Prevalência de sintomas de ansiedade, estresse e depressão em estudantes de medicina de Passo Fundo. *rduffsedubr* [Internet]. 2018; Available from: <https://rd.uffs.edu.br/handle/prefix/3160>

Staab J, Vonhören L, Schwörer H, Meyer T. Association between self-rated depressive symptoms and mucosal expression of NF- κ B in patients with upper gastrointestinal symptoms. *Biopsychosoc Med*. 2023 Feb 25;17(1):6. doi: 10.1186/s13030-023-00264-7. PMID: 36841844; PMCID: PMC9960167.

Tshabalala SJ, Tomita A, Ramlall S. Depression, anxiety and stress symptoms in patients presenting with dyspepsia at a regional hospital in KwaZulu-Natal province. *S Afr J Psychiatr*. 2019 Oct 21;25:1382. doi: 10.4102/sajpsychiatry.v25i0.1382. PMID: 31745439; PMCID: PMC6852706.

Videira BMP. Emoções e Doenças Orgânicas [Internet]. *estudogeral.uc.pt*. 2020 [cited 2023 Aug 16]. Available from: <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/94492> VIDEIRA, Bárbara Maria Peres. Emoções e Doenças Orgânicas. Tese de Doutorado. Universidade de Coimbra, 2020.

Anexo A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DISPÉTICOS ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA E CORRELAÇÃO COM ESTRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM UMA UNIVERSIDADE DO INTERIOR DO MARANHÃO

Pesquisador: Marcos Antonio Custódio Neto da Silva **Área Temática:**
Versão: 3
CAAE: 57464122.2.0000.5086

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.694.050

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1902350.pdf 29/09/2022 18:51:33)

Continuação do Parecer: 5.694.050

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA solicita que se possível os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO não apresenta óbices éticos, portanto atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS no 466/12 e suas complementares. sendo considerado APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS no.466/2012 e Norma Operacional no. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto. Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

ANEXO B – NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA

A **Revista Brasileira de Educação Médica** publica artigos originais, artigos de revisão, relatos de experiência, ensaios, cartas ao editor e resenhas de livros sobre temas relevantes na área de educação médica. A RBEM segue a política de acesso aberto do tipo Gold Open Access e seus artigos são disponibilizados com acesso integral, de forma gratuita, e adota o sistema de publicação em fluxo contínuo (*rolling pass*). Números especiais são publicados a critério do Conselho Editorial. O processo de avaliação adotado é o de revisão por pares (*peer review*), preservado o anonimato dos autores e avaliadores.

A Revista é normalizada seguindo os “Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos” (*Uniform Requirements for Manuscripts submitted to Biomedical Journals*) publicados pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICJME). A RBEM adota as recomendações do Código de Conduta Ética e Práticas Básicas publicado pelo Comitê de Ética em Publicações (COPE).

A vinculação de todos os autores ao ORCID (*Open Researcher and Contributor ID*) é obrigatória.

A RBEM aceita artigo *preprint*.

A RBEM aceita submissões contendo material que já tenha feito parte de uma tese de doutorado ou dissertação de mestrado, incluindo aquelas que foram disponibilizadas publicamente de acordo com os requisitos obrigatórios da instituição que concede a qualificação, desde que obedeça a estrutura exigida pela categoria de submissão à revista.

Todos os artigos que envolvam pesquisa com seres humanos devem ser encaminhados à Revista com cópia da aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (exceto dados de domínio público). Os estudos de ensaios clínicos devem ter o número do Registro de Aprovação de Ensaios Clínicos, que deve ser enviado à Revista. Em pesquisas envolvendo animais, deve ser submetida à aprovação da Comissão de Ética no Uso de Animais.

A RBEM possui diretrizes editoriais independentes e por isso não aceita material publicitário com fins comerciais.

Os artigos devem ser submetidos pelo sistema eletrônico ScholarOne em português, inglês ou espanhol (não é permitida a alteração de idioma em nenhuma etapa após a submissão) e destinados exclusivamente à RBEM. Não é permitida a apresentação simultânea a qualquer outro veículo de publicação. A RBEM considera como infração ética a publicação duplicada ou fragmentada de uma mesma pesquisa. O software iThenticate é a ferramenta utilizada pela RBEM para verificação de originalidade e detecção de similaridade/plágio dos manuscritos enviados. O Artigo submetido para análise será rejeitado imediatamente em casos que a RBEM identifique que há ocorrência de má conduta. Artigo publicado pela RBEM que apresente equívocos ou que não contenha alegações adequadas deve ser retratado com as devidas correções e esclarecimentos.

Caso a RBEM decida encerrar as suas atividades, os artigos publicados ficarão de posse da Associação Brasileira de Educação Médica que deverá salvaguardar os arquivos. Para solicitar arquivos, entrar em contato por e-mail rbem.abem@gmail.com.

Categorias

Editorial: de responsabilidade dos editores ou de pesquisadores convidados (até 3 mil palavras). Não serão aceitos editoriais enviados espontaneamente.

Estrutura do manuscrito:

- TÍTULO
- (Desenvolvimento livre)
- REFERÊNCIAS

Artigo original: artigos resultantes de pesquisas originais teóricas ou empíricas (até 5 mil palavras).

Estrutura do manuscrito:

- TÍTULO
- RESUMO (Seções: Introdução, Objetivo, Método, Resultado, Conclusão)
- PALAVRAS-CHAVE
- INTRODUÇÃO
- MÉTODO
- RESULTADOS
- DISCUSSÃO
- CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS
- REFERÊNCIAS

Ensaio: artigo com análise crítica sobre um tema específico relacionado à educação médica (até 3 mil palavras).

Estrutura do manuscrito:

- TÍTULO
- RESUMO (Seções: Introdução, Desenvolvimento, Conclusão)
- PALAVRAS-CHAVE
- INTRODUÇÃO
- (Desenvolvimento livre)
- CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS
- REFERÊNCIAS

Artigo de revisão: artigo baseado exclusivamente em fontes secundárias, com revisão crítica da literatura, pertinentes ao escopo da Revista (até 5 mil palavras).

Estrutura do manuscrito:

- TÍTULO
- RESUMO (Seções: Introdução, Objetivo, Método, Resultado, Conclusão)
- PALAVRAS-CHAVE
- INTRODUÇÃO
- MÉTODO
- RESULTADOS
- DISCUSSÃO

- CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS
- REFERÊNCIAS

Relato de experiência: artigo que apresente experiência inovadora na educação médica, acompanhada por reflexão teórica pertinente (até 3 mil palavras).

Estrutura do manuscrito:

- TÍTULO
- RESUMO (Seções: Introdução, Relato de experiência, Discussão, Conclusão)
- PALAVRAS-CHAVE
- INTRODUÇÃO
- RELATO DE EXPERIÊNCIA
- DISCUSSÃO
- CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS
- REFERÊNCIAS

Carta ao editor: Correspondências de conteúdo científico contendo comentário sobre material publicado em números anteriores da Revista, textos sobre achados em dissertações e teses e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até 1.200 palavras).

Estrutura do manuscrito:

- TÍTULO
- (Desenvolvimento livre)
- REFERÊNCIAS

Resenha: análise crítica (com reflexões e impactos para os leitores) de publicações lançadas no Brasil ou no exterior (até 1.200 palavras).

Estrutura do manuscrito:

- TÍTULO
- (Desenvolvimento livre)
- REFERÊNCIAS

Posicionamento, Consensos e Diretrizes: os editores formulam convite a um grupo de trabalho que será responsável pela revisão aprofundada e elaboração consensuada do artigo sobre tema específico (até 8 mil palavras).

Estrutura do manuscrito:

- TÍTULO
- PALAVRAS-CHAVE
- INTRODUÇÃO
- (Desenvolvimento livre)
- CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS
- REFERÊNCIAS

A contagem de palavras começa a partir da Introdução e exclui as referências.

Informações sobre a instituição envolvida na pesquisa que constarem no corpo do artigo devem ser sombreadas (realce) na cor preta para ocultar os dados.

Obs: A contagem de palavras, independente da categoria, não inclui resumo/abstract, elementos figurativos, referências bibliográficas.

Custos

Taxa de submissão: não será cobrada taxa para a submissão de artigos.

Taxa de publicação: R\$ 1.000,00. Caso o autor desejar a tradução integral do artigo para inglês, será cobrada uma taxa adicional de R\$ 500,00.

- **Desconto:** caso haja pelo menos um autor associado adimplente da ABEM, há um desconto de R\$ 200,00 na taxa de publicação no idioma de submissão.

Isenção: não será cobrada a taxa para a publicação no idioma de submissão (português, inglês ou espanhol) quando todos os autores forem associados adimplentes da ABEM (Prazo para verificação da adimplência: 1 semana após o aceite). Caso o autor deseje publicar o artigo em inglês, será cobrada a taxa de tradução de R\$500,00.

Errata: caso haja a necessidade de correção de nomes dos autores após a publicação do artigo e seja identificado que o autor principal confirmou a liberação do artigo com o erro, haverá um custo de R\$ 60,00 para confecção da errata.

Formato e preparação do manuscrito

Formato

Arquivo: Word, papel A4 (21 cm x 29,7 cm ou 8,3" x 11,7").

Letra: Padrão Arial 11, espaço 1,5 e margens de 2,0 cm ou 0,79" (direita, esquerda, superior e inferior).

Alinhamento: Justificado.

Parágrafos: Devem estar com recuo de 1 cm.

Títulos de seções: Colocar 1 espaço de 1,5 entre o texto do tópico anterior e o título do subsequente. Devem estar em negrito e em caixa alta.

Subtítulos: Colocar 1 espaço de 1,5 o texto do tópico anterior e o título do subsequente. Devem estar em negrito e apenas a primeira letra em maiúsculo.

Sub-subtítulos: Colocar 1 espaço de 1,5 entre o texto do tópico anterior e o título do subsequente. Devem estar em negrito, apenas a primeira letra em maiúsculo e em itálico.

Sub-sub-subtítulos: Colocar 1 espaço de 1,5 entre o texto do tópico anterior e o título do subsequente. Devem estar em negrito, apenas a primeira letra em maiúsculo, em itálico e sublinhado.

Citação até 3 linhas: Deve ser inserida no texto e estar entre aspas.

Citação com mais de 3 linhas: Deve constituir um parágrafo distinto, com recuo de 4 cm da margem esquerda, espaçamento simples, em itálico e com fonte 10.

Citação direta no corpo do artigo: Mais de 1 autor, citar o primeiro e depois adicionar et al.

Referências no corpo do artigo: Devem estar em sobrescrito, sem parênteses, antes da pontuação e sem espaço entre a palavra, o número e a pontuação (exemplos: educação médica¹. educação médica^{1,2}. educação médica¹⁻⁴. educação médica^{1,5,8-11}.).

Notas de rodapé: Não serão aceitas.

Não serão publicados anexos ou arquivos suplementares.

Preparação do manuscrito

Título: deve conter no máximo 15 palavras e ser redigido em duas versões. Uma versão em português ou espanhol, conforme o idioma do artigo, e outra obrigatoriamente em inglês.

Resumo: deve conter no máximo 350 palavras e ser redigido em duas versões. Uma versão em português ou espanhol, conforme o idioma do artigo, e outra obrigatoriamente em inglês. Deve ser texto corrido e ter as seções marcadas em negrito conforme descrito na categoria do artigo.

Palavras-chave: deve conter de 3 a 5 palavras extraídas dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), para resumos em português e Medical Subject Heading (MeSH), para resumos em inglês.

Representação ilustrativa: deve ter o título e a numeração na parte superior, a qual deve ter um ponto após (exemplo: Tabela 1. Título), e fonte na parte inferior. As abreviaturas, caso presentes, devem constar na primeira linha da parte inferior (Abreviaturas:). Os símbolos para explicações devem ser identificados com letras do alfabeto sobrescritas e explicados na parte inferior com fonte 10. O número máximo de arquivos é de 5.

Devem ser inseridas no corpo do artigo conforme instruções abaixo:

- Tabelas: devem conter apenas bordas horizontais.
- Figuras: devem ter boa resolução, no mínimo 300 DPI.
- Quadros: devem conter bordas horizontais e verticais em suas laterais e na separação das casas.
- Gráficos: devem conter a legenda.

Referências: a formatação segue o estilo Vancouver, conforme os *Uniform Requirements for Manuscripts submitted to Biomedical Journals*, publicados pelo *International Committee of Medical Journal Editors (ICJME)*. As referências devem ser citadas numericamente e por ordem de aparecimento no texto. Os nomes dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no *Index Medicus*.

Exemplos de referências

Número de autores

O **número máximo de autores** é de seis. Se o número de autores for superior a este, será preciso enviar uma carta com justificativa ao editor (rbem.abem@gmail.com). Não será aceito acréscimo de autores após o aceite do artigo.

Arquivos adicionais

Página de Título:

- Todos os autores: nome, e-mail, telefone, instituição e função na mesma, número de registro Orcid e contribuição específica de cada autor para o trabalho;
- Informações sobre a existência ou não de conflito de interesses individual considerando cada autor. Caso haja conflito de interesse financeiro, os autores devem informar os dados do financiamento, com o número de cadastro do projeto. No caso de pesquisas que envolvam seres humanos direta ou indiretamente, deve constar o número de registro do projeto na *Plataforma Brasil* e o nº do parecer de aprovação correspondente, conforme a Resolução nº 196/96 do CNS;
- Agradecimentos, quando for o caso.

Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta:

O autor deverá responder o formulário sobre o alinhamento da pesquisa e conformidade do artigo com as práticas da Ciência Aberta, sendo encorajada a disponibilidade dos dados de pesquisa.

- Download do arquivo

Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (Anexar no campo: Arquivo suplementar que NÃO é para avaliação):

Os manuscritos com dados que, individual ou coletivamente, envolvam o ser humano de forma direta ou indireta, os autores devem anexar o documento de aprovação do projeto emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, onde consta o número do processo (CAAE) e de aprovação do projeto, bem como a instituição.

Envio de manuscrito

Submissão on-line

Os manuscritos devem ser submetidos por meio eletrônico pelo site da Revista.

Guia do autor

Acompanhamento da avaliação

Todo artigo recebido é avaliado quanto ao formato. Caso não obedeça aos padrões, o artigo é devolvido ao autor para correção e nova submissão. Se o artigo obedecer aos padrões, será encaminhado ao editor-chefe da RBEM, que avaliará se ele faz parte do escopo da Revista e o encaminhará aos editores associados, e estes, para dois avaliadores cadastrados pela RBEM para avaliação da qualidade científica do trabalho.

Após revisão dos avaliadores, os editores associados recebem o artigo para emitir o parecer. Os pareceres sempre serão fundamentados e apresentarão uma das seguintes conclusões: *Aceito*, *Pequena Revisão*, *Grande Revisão* ou *Rejeitado*. Os artigos com as decisões de revisão (*Grande* ou *Pequena* revisão) serão submetidos a novo processo de avaliação após a submissão pelos autores da versão de adequação sugerida pelos revisores (ver tipos de decisões). A nova versão terá uma nova decisão com as possíveis conclusões: *Aceito*, *Pequena Revisão*, *Grande Revisão* ou *Rejeitado*.

O processo de avaliação tem duração estimada de 144 dias.

Tipos de decisões

Os autores que receberem o artigo com parecer *Pequena Revisão* ou *Grande Revisão* deverão encaminhar uma carta ao revisor respondendo de maneira detalhada às alterações sugeridas, marcando em vermelho as mudanças no corpo do artigo. O arquivo com as correções deve ser encaminhado em até 60 dias para que o artigo passe por nova revisão. Não havendo manifestação dos autores até esse prazo, o artigo será considerado retirado.

Os artigos que receberem parecer *Rejeitado* não serão publicados.

Os autores que receberem o artigo com parecer *Aceito* receberão um *e-mail* informando o fascículo da Revista em que o artigo deve ser publicado, bem como as informações para pagamento da taxa de publicação. Após o pagamento, o artigo entrará no fluxo de publicação.

Fluxo de publicação

O artigo é encaminhado aos revisores gramaticais e posteriormente é encaminhado por *e-mail* ao autor principal. Este tem um prazo de no máximo 5 dias para encaminhar o artigo em sua versão final.

O artigo é encaminhado à diagramação. O autor receberá por *e-mail* a prova do arquivo para conferência **exclusivamente da diagramação**. Este tem um prazo máximo de 3 dias para retorno do aceite da versão definitiva que será publicada.

Caso não haja manifestação do autor principal até o prazo estipulado em cada etapa, o artigo será cancelado.

Os artigos aceitos, revisados e diagramados serão publicados e se tornarão propriedade da revista.

Autoria e Responsabilidade

Todas as pessoas designadas como autores respondem pela autoria dos manuscritos e por ter participado suficientemente do trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo.

Apêndice - Questionários

O Instrumento de Coleta de dados (formulário via Google Forms)

Questionário para caracterização da amostra e pesquisa de sintomas dispépticos

Nome completo:

Sexo biológico: () Masculino () Feminino

Idade: Entre 17 e 20 anos ()

entre 20 e 25 anos ()

entre 25 e 30 anos ()

mais de 30 anos ()

Naturalidade:

Período acadêmico: ()1, ()2, ()3, ()4, ()5, ()6, ()7, ()8, ()9, ()10, ()11, ()12.

Pratica exercícios físicos regularmente? (3 vezes por semana ou mais):

Sim () Não ()

Pratica atividades extracurriculares? Sim () Não ()

Grau de satisfação com o curso Alto () Médio () Baixo ()

É tabagista? Sim () Não ()

Consome bebidas alcoólicas? Sim () Não ()

Possui diagnóstico e/ou tratamento para doenças crônicas?

Possui diagnóstico para comorbidades psiquiátricas?

Sim () Não ()

*Se sim, quais:_____.

Faz uso de drogas psicoativas para tratamento psiquiátrico e / ou medicamentoso para ansiedade e depressão?

Sim () Não ()

*Se sim, quais:_____.

Como você avalia os seus hábitos alimentares:

() adequados, () pouco adequados, () totalmente inadequados

Você costuma comer frutas e verduras?

() sim, sempre, () as vezes () raramente

Com qual frequência você se alimenta fora de casa:

() 1 a 2 vezes por semana, () 3 a 4 vezes por semana, () durante toda a semana, () raramente me alimento fora de casa

Com qual frequência você consome alimentos do tipo Fast Food:

() 1 a 2 vezes por semana, () 3 a 4 vezes por semana, () durante toda a semana.

Você acha que os seus hábitos alimentares podem interferir no seu humor e na sua produtividade?

() Sim () Não

Apresenta sintomas dispépticos (por exemplo: azia, pirose, regurgitação ácida, queimação) quando está com ansiedade ou se sentindo deprimido?

Sim () Não ()

*Se sim, quais:_____.

Se sim, você acha que os seus sintomas dispépticos pioram durante a semana de provas ou quando há um maior acúmulo de atividades acadêmicas?

Sim () Não ()

BAI (INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK)

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, clicando no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento	0	1	2	3
2. Sensação de calor	0	1	2	3
3. Tremores nas pernas	0	1	2	3
4. Incapaz de relaxar	0	1	2	3
5. Medo que aconteça o pior	0	1	2	3
6. Atordoado ou tonto	0	1	2	3

7. Palpitação ou aceleração do cc	0	1	2	3
8. Sem equilíbrio	0	1	2	3
9. Aterrorizado	0	1	2	3
10. Nervoso	0	1	2	3
11. Sensação de sufocação	0	1	2	3
12. Tremores nas mãos	0	1	2	3
13. Trêmulo	0	1	2	3
14. Medo de perder o controle	0	1	2	3
15. Dificuldade de respirar	0	1	2	3
16. Medo de morrer	0	1	2	3
17. Assustado	0	1	2	3
18. desconforto no abdômen	0	1	2	3
19. Sensação de desmaio	0	1	2	3
20. Rosto afogueado	0	1	2	3
21. Suor (não devido ao calor)	0	1	2	3
TOTAL:				
Interpretação do Escore Total do BAI				
Escore Total		Gravidade da ansiedade		
0-7		Grau mínimo de ansiedade		
8-15		Ansiedade leve		
16-25		Ansiedade moderada		
26-63		Ansiedade grave		

Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, clique na opção correspondente ao número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste

1 Eu me sinto triste

2 Estou sempre triste e não consigo sair disto

3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro

1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro

2 Acho que nada tenho a esperar

3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar

3. 0 Não me sinto um fracasso

1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum

2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos

3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes

1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes

2 Não encontro um prazer real em mais nada

3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo

5. 0 Não me sinto especialmente culpado

1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo

2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo

3 Eu me sinto sempre culpado

6. 0 Não acho que esteja sendo punido

1 Acho que posso ser punido

2 Creio que vou ser punido

3 Acho que estou sendo punido

7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo

1 Estou decepcionado comigo mesmo

2 Estou enojado de mim

3 Eu me odeio

8.0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros

1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros

2 Eu me culpo sempre por minhas falhas

3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece

9.0 Não tenho quaisquer idéias de me matar

1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria

2 Gostaria de me matar

3 Eu me mataria se tivesse oportunidade

10.0 Não choro mais que o habitual

1 Choro mais agora do que costumava

2 Agora, choro o tempo todo

3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria

11.0 Não sou mais irritado agora do que já fui

1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava

2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo

3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar

12.0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas

1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar

2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas

3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas

13.0 Tomo decisões tão bem quanto antes

1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava

1 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes

3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões

14.0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes

1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo

2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo

3 Acredito que pareço feio

15.0 Posso trabalhar tão bem quanto antes

1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa

2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa

3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho

16.0 Consigo dormir tão bem como o habitual

1 Não durmo tão bem como costumava

2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir

3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir

17.0 Não fico mais cansado do que o habitual

1 Fico cansado mais facilmente do que costumava

2 Fico cansado em fazer qualquer coisa

3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa

18.0 O meu apetite não está pior do que o habitual

1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser

2 Meu apetite é muito pior agora

3 Absolutamente não tenho mais apetite

19.0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente

1 Perdi mais do que 2 quilos e meio

2 Perdi mais do que 5 quilos

3 Perdi mais do que 7 quilos

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim () Não ()

20.0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual

1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação

2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra

coisa

3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa

21.0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo

1 Estou menos interessado por sexo do que costumava

2 Estou muito menos interessado por sexo agora

3 Perdi completamente o interesse por sexo

Anexo D Inventário de Sintomas de Estresse (LIPP)

Fase I – Alerta (alarme)

É a fase de contato com a fonte de estresse, com suas sensações típicas na qual o organismo perde o seu equilíbrio e se prepara para enfrentar a situação estabelecida em função de sua adaptação. São sensações desagradáveis, fornecendo condições para reação à estas sendo fundamentais para a sobrevivência do indivíduo.

Para identificá-la, assinale no interior das caixinhas, os sintomas que tem experimentado nas ÚLTIMAS 24 HORAS:

() Mãos e/ou pés frios

() Boca Seca

() Nó ou dor no estômago

() Aumento de sudorese (muito suor)

() Tensão muscular (dores nas costas, pescoço, ombros)

() Aperto na mandíbula/ranger de dentes, ou roer unhas ou ponta de caneta

() Diarréia passageira

() Insônia, dificuldade de dormir

() Taquicardia (batimentos acelerados do coração)

() Respiração ofegante, entrecortada

() Hipertensão súbita e passageira (pressão alta súbita e passageira)

- () Mudança de apetite (comer bastante ou Ter falta de apetite)
- () Aumento súbito de motivação
- () Entusiasmo súbito
- () Vontade súbita de iniciar novos projetos

ALERTA → Na ocorrência de 7 (SETE) ou mais itens na FASE I

Fase II – Resistência (luta)

Fase intermediária em que o organismo procura o retorno ao equilíbrio. Apresenta-se desgastante, com esquecimento, cansativa e duvidosa. Pode ocorrer nesta fase a adaptação ou eliminação dos agentes estressantes e consequente reequilíbrio e harmonia ou evoluir para a próxima fase em consequência da não adaptação e/ou eliminação da fonte de estresse.

Para identificá-la assinale no interior das caixinhas, os sintomas que tem experimentado no ÚLTIMO MÊS:

- () Problemas com a memória, esquecimentos
- () Mal-estar generalizado, sem causa específica
- () Formigamento nas extremidades (pés ou mãos)
- () Sensação de desgaste físico constante
- () Mudança de apetite
- () Aparecimento de problemas dermatológicos (pele)
- () Hipertensão arterial (pressão alta)
- () Cansaço Constante
- () Aparecimento de gastrite prolongada (queimação no estômago, azia)
- () Tontura, sensação de estar flutuando
- () Sensibilidade emotiva excessiva, emociona-se por qualquer coisa
- () Dúvidas quanto a si próprio
- () Pensamento constante sobre um só assunto
- () Irritabilidade excessiva
- () Diminuição da libido (desejo sexual diminuído)

RESISTÊNCIA → Na ocorrência de 4 (quatro) ou mais dos itens na FASE II

Fase III - Exaustão (esgotamento)

Fase "crítica e perigosa", ocorrendo uma espécie de retorno a primeira fase, porém agravada e com comprometimentos físicos em formas de doenças.

Para identificá-la assinale no interior das caixinhas, os sintomas que tem experimentado nos ÚLTIMOS 3 (TRÊS) MESES:

- ☐ () Diarréias frequentes
- ☐ () Dificuldades Sexuais
- ☐ () Formigamento nas extremidades (mãos e pés)
- ☐ () Insônia
- ☐ () Tiques nervosos
- ☐ () Hipertensão arterial confirmada
- ☐ () Problemas dermatológicos prolongados (pele)
- ☐ () Mudança extrema de apetite
- ☐ () Taquicardia (batimento acelerado do coração)
- ☐ () Tontura freqüente
- ☐ () Úlcera
- ☐ () Impossibilidade de Trabalhar
- ☐ () Pesadelos
- ☐ () Sensação de incompetência em todas as áreas
- ☐ () Vontade de fugir de tudo
- ☐ () Apatia, vontade de nada fazer, depressão ou raiva prolongada
- ☐ () Cansaço excessivo
- ☐ () Pensamento constante sobre um mesmo assunto
- ☐ () Irritabilidade sem causa aparente
- ☐ () Angústia ou ansiedade diária
- ☐ () Hipersensibilidade emotiva

() Perda do senso de humor

EXAUSTÃO → Na ocorrência de 9 (nove) ou mais itens na FASE III