www.revistaft.com.br

Revista FT | ISSN 1678-0817 | v. 30, n. 164, 2026 | DOI: 10.69849/j2022n76

Sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com doenças crônicas: desafios no reconhecimento e implicações para o cuidado clínico.

Anxious and depressive symptoms in patients with chronic diseases: challenges in recognition and implications for clinical care.

Vinícius Rodrigues Fernandes[1]
Ester Maria de Almeida Costa[2]
André Pereira Lopes Rúbio[3]

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis representam importantes desafios para a assistência em saúde, especialmente quando associadas a manifestações de sofrimento psicológico. Sintomas ansiosos e depressivos são frequentemente observados em pacientes com condições como diabetes mellitus, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares, podendo comprometer a adesão terapêutica, o autocuidado e a qualidade de vida. Este estudo tem como objetivo analisar, por meio de uma revisão narrativa da literatura, os desafios relacionados ao reconhecimento de sintomas ansiosos e depressivos em indivíduos com doenças crônicas, bem como suas implicações para o acompanhamento clínico. São discutidos fatores associados à vulnerabilidade emocional, dificuldades na identificação das manifestações psicológicas e estratégias de cuidado integral, com destaque para a avaliação clínica, a comunicação terapêutica e a atuação multiprofissional. Conclui-se que a integração entre saúde física e mental constitui um componente essencial da assistência, favorecendo abordagens individualizadas, identificação oportuna de necessidades psicológicas e aprimoramento do cuidado longitudinal.

Palavras-chave: Doença Crônica. Ansiedade. Depressão.

ABSTRACT

[1] Graduado em Medicina. Universidade de Uberaba – UNIUBE. Uberaba, MG.
[2] Residente em Clínica Médica. Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca. Franca, SP.
[3] Residente em Clínica Médica. Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca. Franca, SP.

Chronic noncommunicable diseases pose significant challenges to healthcare, particularly when they coexist with psychological distress. Anxiety and depressive symptoms may occur in people with diabetes mellitus, hypertension, and cardiovascular diseases, potentially affecting treatment adherence, self-care, and quality of life. This narrative literature review examines challenges in recognizing anxiety and depressive symptoms among adults living with chronic conditions and discusses implications for clinical follow-up. The discussion addresses emotional vulnerability, overlapping physical and psychological manifestations, the use and limitations of screening instruments, and approaches to integrated care. The literature suggests that psychological assessment should be considered alongside the management of chronic physical illness. However, differences among study populations and research designs limit causal interpretations and the generalizability of individual findings. Individualized clinical assessment, therapeutic communication, and coordinated multidisciplinary follow-up remain important components of comprehensive care.

Keywords: Chronic Disease. Anxiety. Depression.

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis constituem um dos principais desafios contemporâneos para os sistemas de saúde, em razão de sua elevada frequência, evolução prolongada e necessidade de acompanhamento clínico contínuo. Condições como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e doenças cardiovasculares demandam intervenções terapêuticas que ultrapassam o controle de parâmetros fisiológicos, envolvendo mudanças comportamentais, adaptações no estilo de vida e participação ativa do paciente no processo de cuidado. Nesse contexto, a saúde mental assume relevância significativa, uma vez que o diagnóstico e a convivência com doenças crônicas podem estar associados a alterações emocionais capazes de influenciar a percepção da própria saúde, a capacidade de autocuidado e a qualidade de vida. Em análise de dados populacionais brasileiros, Sousa et al. (2021) identificaram associação entre transtorno depressivo maior, doenças crônicas e multimorbidade, evidenciando a relevância de considerar a saúde mental na assistência a essas populações.

A relação entre doenças crônicas e manifestações de ansiedade e depressão apresenta natureza complexa e potencialmente bidirecional. O enfrentamento de limitações funcionais, a preocupação com complicações futuras, a necessidade de utilização prolongada de medicamentos e as dificuldades relacionadas à manutenção do tratamento podem contribuir para o desenvolvimento ou agravamento de sintomas psicológicos. Paralelamente, manifestações ansiosas e

depressivas podem comprometer comportamentos importantes para o controle das condições clínicas, incluindo alimentação adequada, prática regular de atividade física, comparecimento às consultas e utilização correta dos medicamentos prescritos. Essa interação evidencia a necessidade de compreender a saúde física e a saúde mental como dimensões interdependentes do cuidado. A associação entre condições clínicas e saúde psicológica também é discutida na declaração científica da American Heart Association, que ressalta a interação entre fatores emocionais, comportamentais e cardiovasculares, sem reduzir essa relação a uma explicação causal única (Levine et al., 2021).

Entre os pacientes com doenças crônicas, os sintomas depressivos podem manifestar-se por tristeza persistente, redução do interesse por atividades habituais, alterações do sono, fadiga, dificuldades de concentração e diminuição da motivação. Entretanto, algumas dessas manifestações também podem estar relacionadas às próprias condições clínicas ou aos efeitos de determinados tratamentos, dificultando sua interpretação. De maneira semelhante, os sintomas ansiosos podem envolver preocupação excessiva, inquietação, irritabilidade, alterações do sono e manifestações somáticas, como palpitações e desconforto respiratório. A sobreposição entre sintomas físicos e psicológicos representa um desafio para o médico clínico, especialmente quando alterações do sono e da energia podem decorrer tanto do adoecimento quanto do sofrimento emocional. Por isso, o rastreamento de sintomas depressivos deve ser interpretado no contexto clínico, e não como diagnóstico isolado (Kroenke; Spitzer; Williams, 2001).

O reconhecimento dessas manifestações nem sempre ocorre de maneira oportuna nos serviços de saúde. No acompanhamento do diabetes, a American Diabetes Association Professional Practice Committee (2024) recomenda que dificuldades emocionais e sofrimento relacionado à doença sejam avaliados como parte do cuidado habitual. Essa orientação evidencia a importância de não restringir a consulta aos parâmetros orgânicos. O tempo limitado, a dificuldade de comunicação e o receio de julgamento podem dificultar a expressão de queixas psicológicas. Assim, a investigação clínica precisa combinar perguntas direcionadas, escuta atenta e compreensão das circunstâncias em que o paciente convive com a doença.

Na prática da Clínica Médica, a avaliação da saúde mental deve integrar a abordagem global do paciente, especialmente quando há dificuldades persistentes

de adesão ao tratamento, piora da qualidade de vida ou sintomas físicos sem explicação suficiente pelos achados clínicos. Instrumentos padronizados, como o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) e o *Generalized Anxiety Disorder-7* (GAD-7), podem auxiliar na identificação e na avaliação da intensidade de sintomas depressivos e ansiosos, respectivamente. Entretanto, esses instrumentos não substituem a avaliação clínica abrangente nem estabelecem, isoladamente, diagnósticos psiquiátricos. Sua utilização deve considerar o contexto assistencial, as características do paciente e a necessidade de investigação complementar quando identificados resultados sugestivos de sofrimento psicológico significativo. Os estudos de validação do PHQ-9 e do GAD-7 fundamentam seu emprego como instrumentos de rastreamento e avaliação da intensidade dos sintomas, sem dispensar a investigação diagnóstica (Kroenke; Spitzer; Williams, 2001; Spitzer et al., 2006).

A integração entre assistência clínica e atenção à saúde mental constitui uma estratégia relevante para o aprimoramento do cuidado longitudinal. A atuação multiprofissional, envolvendo médicos, psicólogos, profissionais de enfermagem e outros integrantes da equipe de saúde, pode favorecer a identificação de necessidades emocionais, a construção de planos terapêuticos individualizados e o acompanhamento das dificuldades relacionadas ao autocuidado. Nesse processo, a educação em saúde, o fortalecimento da comunicação entre profissionais e pacientes e a participação da rede de apoio familiar podem contribuir para uma assistência mais abrangente. Contudo, a implementação dessas estratégias ainda enfrenta obstáculos relacionados à disponibilidade de serviços especializados, à organização dos fluxos assistenciais e às desigualdades no acesso aos cuidados em saúde mental. Em ensaio clínico com pessoas que apresentavam depressão associada a diabetes e/ou doença coronariana, Katon et al. (2010) observaram benefícios de um modelo de cuidado colaborativo, embora os resultados desse contexto não possam ser generalizados automaticamente para todas as doenças crônicas.

Diante desse cenário, torna-se necessário aprofundar a compreensão das relações entre sintomas ansiosos e depressivos e o acompanhamento de pacientes com doenças crônicas, considerando suas repercussões clínicas e os desafios envolvidos no reconhecimento dessas manifestações. Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar, por meio de uma revisão narrativa da literatura, os principais

fatores associados à ocorrência de sintomas ansiosos e depressivos em indivíduos com doenças crônicas não transmissíveis, as dificuldades enfrentadas na identificação dessas condições e suas implicações para a adesão terapêutica, o autocuidado e a qualidade de vida. Busca-se, ainda, discutir estratégias que favoreçam a integração da saúde mental à prática da Clínica Médica, destacando a importância de uma abordagem individualizada, multiprofissional e orientada ao cuidado integral.

2 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, de natureza descritiva e abordagem qualitativa, direcionada à análise da relação entre sintomas ansiosos e depressivos e doenças crônicas não transmissíveis, com ênfase nas implicações para a prática da Clínica Médica. A escolha desse delineamento fundamenta-se na possibilidade de reunir, contextualizar e discutir criticamente diferentes perspectivas científicas sobre a interação entre saúde física e mental, considerando os desafios relacionados ao reconhecimento das manifestações psicológicas e à organização de estratégias de cuidado integral.

A fundamentação foi construída a partir das publicações presentes na bibliografia inicial e de fontes complementares pertinentes aos eixos da revisão. O planejamento original mencionava PubMed/MEDLINE, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), com prioridade para trabalhos publicados entre novembro de 2021 e novembro de 2026. Não foram preservados, porém, históricos que permitam confirmar as consultas realizadas nessas bases, as datas, as estratégias efetivamente empregadas ou o número de resultados identificados. Por isso, não se atribui ao estudo uma busca sistemática ou exaustiva comprovada. Foram incluídos trabalhos anteriores ao recorte prioritário quando essenciais à apresentação de instrumentos de rastreamento ou à discussão de evidências clínicas fundamentais.

A organização temática considerou os conceitos de doença crônica, ansiedade, depressão, adesão terapêutica, qualidade de vida e cuidado integrado. Esses temas foram relacionados à terminologia dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e dos Medical Subject Headings (MeSH), sem apresentar

combinações booleanas como buscas executadas, uma vez que seus registros não estão disponíveis.

Foram utilizados, na síntese, estudos observacionais, pesquisas de validação de instrumentos, ensaios clínicos e recomendações de sociedades científicas que contribuíssem diretamente para discutir manifestações emocionais em adultos com condições clínicas crônicas. A pertinência de cada fonte foi apreciada em relação à população estudada, ao delineamento, ao desfecho investigado e ao contexto assistencial. As publicações mais antigas foram empregadas sobretudo quando constituíam referências fundamentais, como os trabalhos de validação do PHQ-9 e do GAD-7 e o ensaio sobre cuidado colaborativo.

Publicações sem relação direta com o problema estudado e resultados de populações não comparáveis às discutidas no artigo não foram utilizados para sustentar generalizações clínicas. Como não existe registro completo do processo de identificação e seleção, não é possível informar, com segurança, quantos estudos foram inicialmente localizados, examinados ou excluídos.

A interpretação das evidências foi organizada segundo sua natureza. Estudos observacionais foram empregados para discutir associações, sem atribuição automática de causalidade; pesquisas de validação fundamentaram a descrição dos instrumentos de rastreamento; o ensaio clínico foi considerado para examinar resultados de uma intervenção de cuidado colaborativo; e diretrizes e declarações científicas foram utilizadas para contextualizar recomendações assistenciais. Não se realizou avaliação sistemática do risco de viés nem combinação estatística dos resultados.

A discussão foi estruturada em torno de quatro questões: a relação entre adoecimento crônico e sofrimento emocional; os limites do reconhecimento clínico; as repercussões sobre o autocuidado; e as possibilidades e dificuldades da assistência integrada. As conclusões devem ser interpretadas à luz do caráter narrativo da revisão, da heterogeneidade das populações e dos desfechos e da ausência de documentação integral da busca bibliográfica original.

Por utilizar exclusivamente informações de publicações científicas e documentos públicos, sem coleta de dados individuais ou participação direta de seres humanos, esta revisão bibliográfica não envolveu recrutamento de participantes nem intervenção clínica.

3 DESENVOLVIMENTO E DISCUSSÃO

A relação entre doenças crônicas não transmissíveis e saúde mental constitui uma dimensão relevante da assistência clínica contemporânea, especialmente diante da necessidade de acompanhamento prolongado e da complexidade dos cuidados exigidos por essas condições. Pacientes diagnosticados com diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e doenças cardiovasculares frequentemente precisam adaptar seus hábitos, incorporar tratamentos contínuos e lidar com preocupações relacionadas à evolução da doença. Essas exigências podem representar fontes persistentes de sofrimento emocional, sobretudo quando associadas a limitações funcionais, dificuldades socioeconômicas e redução da autonomia. Nesse contexto, os sintomas ansiosos e depressivos devem ser compreendidos como manifestações clinicamente relevantes, capazes de interferir na experiência do adoecimento e na participação do indivíduo em seu próprio tratamento. Em estudo brasileiro de base populacional, a associação entre depressão e multimorbidade reforça a necessidade de avaliação contextualizada, considerando diferenças entre grupos e condições clínicas (Sousa et al., 2021).

A relação entre doenças crônicas e manifestações emocionais não se explica por um único mecanismo. Na declaração científica da American Heart Association, Levine et al. (2021) reúnem evidências sobre possíveis vias comportamentais e fisiológicas que conectam saúde psicológica e cardiovascular, incluindo respostas ao estresse e comportamentos de saúde. Essa interpretação, contudo, não permite atribuir a processos inflamatórios ou neuroendócrinos uma participação causal uniforme em todas as condições clínicas. Em perspectiva distinta, Loduca et al. (2024) examinam resiliência, ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica, chamando atenção para a diversidade das experiências de adoecimento. Os trabalhos convergem ao reconhecer que fatores físicos e psicológicos se relacionam, mas diferem quanto às populações e aos fenômenos investigados. A extrapolação de seus achados para diabetes, hipertensão e outras doenças deve, portanto, ser cuidadosa. Além disso, suporte social, condições econômicas e experiências prévias de adoecimento podem interferir simultaneamente na saúde física e emocional, dificultando interpretações lineares.

No diabetes mellitus, a necessidade de monitoramento, ajustes alimentares e tratamento contínuo pode produzir um sofrimento vinculado às exigências concretas

do autocuidado. A American Diabetes Association Professional Practice Committee (2024) diferencia esse quadro, denominado diabetes distress, dos transtornos depressivos, embora reconheça que possam coexistir. A distinção é clinicamente relevante: nem toda frustração diante do tratamento corresponde a depressão, e uma avaliação centrada apenas nos sintomas pode deixar de identificar obstáculos cotidianos ao manejo da doença. Frazão et al. (2023), ao investigar sintomas depressivos, atitudes e autocuidado em idosos com diabetes tipo 2, acrescentam uma perspectiva sobre o comportamento de saúde; Vilela et al. (2024), por sua vez, abordam a associação entre qualidade do sono e ansiedade em pessoas com diabetes. Embora tratem de dimensões diferentes, os estudos apontam para a necessidade de avaliar o sofrimento emocional para além de uma categoria diagnóstica isolada. Não se pode, entretanto, equiparar seus resultados ou inferir que a ansiedade e a depressão sejam a causa direta de dificuldades de autocuidado, dadas as diferenças de população, instrumentos e delineamento.

Nas doenças cardiovasculares, a preocupação com novos eventos, a recuperação funcional e a continuidade do tratamento pode coexistir com manifestações ansiosas e depressivas. Levine et al. (2021) sintetizam evidências que relacionam saúde psicológica e desfechos cardiovasculares, mas também indicam a complexidade das vias envolvidas. Uma dificuldade interpretativa importante é que a gravidade da doença, as limitações físicas e as condições sociais podem estar associadas tanto ao sofrimento emocional quanto ao prognóstico. Desse modo, observar maior frequência de sintomas psicológicos em pessoas com doença cardiovascular não equivale a demonstrar que tais sintomas, isoladamente, determinaram a evolução clínica. A contribuição da literatura é sustentar a investigação dessas manifestações durante o acompanhamento, sem substituir a avaliação dos fatores orgânicos.

A hipertensão arterial sistêmica exige uma análise própria. As diretrizes da European Society of Hypertension, publicadas por Mancia et al. (2023), descrevem associações entre estresse, ansiedade e elevações pressóricas, mas distinguem respostas transitórias da pressão arterial de uma relação causal demonstrada com hipertensão persistente. O documento também destaca que a adesão aos anti-hipertensivos depende de fatores ligados ao tratamento, ao sistema de saúde e às condições socioeconômicas. Essa perspectiva complementa a declaração de Levine et al. (2021), voltada à relação mais ampla entre saúde psicológica e cardiovascular.

Desse modo, a investigação de sintomas emocionais pode integrar o acompanhamento do paciente hipertenso, sem substituir a avaliação dos fatores clínicos, da medida adequada da pressão arterial e das dificuldades concretas para seguir o tratamento.

O reconhecimento dos sintomas depressivos em indivíduos com doenças crônicas representa um desafio importante devido à sobreposição entre manifestações psicológicas e sintomas decorrentes das próprias condições clínicas. Fadiga, alterações do sono, redução do apetite, dificuldades de concentração e diminuição da disposição física podem estar presentes tanto em quadros depressivos quanto em diferentes doenças orgânicas. Essa semelhança pode dificultar a identificação de alterações emocionais relevantes, especialmente quando a avaliação se concentra exclusivamente nos parâmetros fisiológicos. Por essa razão, a investigação deve contemplar aspectos como humor deprimido, perda de interesse ou prazer, duração dos sintomas, repercussões funcionais e mudanças em relação ao comportamento habitual, considerando também possíveis causas clínicas e medicamentosas. A sobreposição de sintomas torna especialmente importante diferenciar rastreamento de diagnóstico, conforme a finalidade original do PHQ-9 descrita por Kroenke, Spitzer e Williams (2001).

De maneira semelhante, os sintomas ansiosos podem apresentar manifestações físicas que se confundem com alterações decorrentes de doenças cardiovasculares, respiratórias ou metabólicas. Palpitações, sudorese, tremores, desconforto torácico e sensação de falta de ar podem ocorrer em situações de ansiedade, mas também constituem sinais de condições orgânicas potencialmente graves. Assim, a presença de sofrimento emocional não deve justificar a atribuição automática dessas manifestações a causas psicológicas. O GAD-7 foi desenvolvido para avaliar sintomas de ansiedade, e não para excluir diagnósticos orgânicos que possam explicar queixas somáticas (Spitzer et al., 2006). Isso não afasta a necessidade de investigar causas orgânicas, pois a avaliação médica precisa considerar a história clínica, o exame físico, os fatores de risco e a necessidade de investigação complementar. Somente após a análise adequada das possibilidades diagnósticas é possível estabelecer uma interpretação mais segura da contribuição dos fatores emocionais para os sintomas apresentados.

Instrumentos breves podem tornar mais consistente a investigação de sintomas que, de outro modo, passariam despercebidos durante consultas centradas

nas queixas orgânicas. O Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) foi estudado por Kroenke, Spitzer e Williams (2001) como medida de gravidade de sintomas depressivos, enquanto o Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) foi desenvolvido e validado por Spitzer et al. (2006) para avaliação de sintomas de ansiedade. Os dois trabalhos fundamentam o uso dessas escalas, mas não autorizam interpretá-las como substitutas de uma entrevista clínica. Em pessoas com doenças crônicas, alterações do sono, fadiga e dificuldades de concentração podem refletir tanto sofrimento psicológico quanto manifestações da condição de base. Assim, um escore elevado deve orientar investigação adicional, considerando duração, contexto, repercussão funcional e diagnósticos diferenciais. Cabe lembrar que os estudos originais de validação não demonstram, por si, desempenho idêntico em todas as populações com multimorbidade.

As relações entre sofrimento emocional e adesão terapêutica exigem distinção entre associação e causalidade. Frazão et al. (2023) examinam, em idosos com diabetes tipo 2, a correlação entre sintomas depressivos, atitudes e autocuidado; esse delineamento não permite estabelecer a direção do efeito. Em outro nível de evidência, a American Diabetes Association Professional Practice Committee (2024) recomenda identificar barreiras psicossociais que dificultem o manejo cotidiano do diabetes. Para a hipertensão, Mancia et al. (2023) ressalta que a adesão é influenciada por fatores relacionados ao sistema assistencial, à complexidade do tratamento, às condições socioeconômicas e às características individuais. Esses trabalhos se complementam, mas não autorizam concluir que o sofrimento emocional seja a causa isolada da não adesão. Na consulta, dificuldades com medicamentos, custos, efeitos adversos e compreensão das orientações devem ser investigadas sem atribuir ao paciente toda a responsabilidade pelo resultado terapêutico.

A comunicação terapêutica desempenha papel fundamental no reconhecimento das necessidades emocionais e na construção de estratégias assistenciais individualizadas. A escuta qualificada, o acolhimento das preocupações e a utilização de linguagem acessível podem favorecer o estabelecimento de vínculo e ampliar a participação do paciente nas decisões relacionadas ao tratamento. Durante as consultas, a investigação de aspectos como alterações do humor, preocupações persistentes, qualidade do sono e dificuldades no cotidiano permite compreender dimensões frequentemente não identificadas por meio de avaliações

exclusivamente biomédicas. Além disso, a tomada de decisão compartilhada pode contribuir para a elaboração de planos terapêuticos compatíveis com as condições clínicas, as preferências e as possibilidades reais de cada indivíduo. No cuidado do diabetes, a diretriz da American Diabetes Association Professional Practice Committee (2024) recomenda incorporar barreiras psicossociais e preferências do paciente ao planejamento terapêutico.

O cuidado multiprofissional é frequentemente recomendado como resposta à coexistência de necessidades clínicas e emocionais, mas sua efetividade deve ser examinada para além do argumento de que integrar serviços é desejável. No ensaio clínico de Katon et al. (2010), o cuidado colaborativo em pessoas com depressão e diabetes e/ou doença coronariana apresentou resultados favoráveis em desfechos avaliados no estudo. Esse achado oferece evidência de intervenção, diferentemente das associações descritas em pesquisas observacionais. Ainda assim, não significa que qualquer arranjo multiprofissional produza os mesmos benefícios: o modelo testado contou com organização assistencial própria, profissionais envolvidos e acompanhamento estruturado. As recomendações da American Diabetes Association Professional Practice Committee (2024) convergem com a importância de incorporar necessidades psicossociais ao tratamento, mas sua implementação depende da capacidade de coordenação entre equipes, do acesso a profissionais e da continuidade do seguimento. Sintomas persistentes, comprometimento funcional e situações de risco, incluindo ideação suicida, exigem avaliação clínica apropriada e encaminhamento segundo a gravidade.

Os estudos examinados apontam, em conjunto, que a avaliação da saúde mental pode contribuir para o cuidado de pessoas com doenças crônicas, embora não respondam de forma uniforme a todas as questões clínicas. Sousa et al. (2021) apresentam dados populacionais sobre depressão e multimorbidade; Frazão et al. (2023) e Vilela et al. (2024) exploram aspectos específicos do diabetes; Levine et al. (2021) discutem a relação entre saúde psicológica e cardiovascular; Mancia et al. (2023) abordam fatores psicossociais e adesão no tratamento da hipertensão; e Katon et al. (2010) investigaram um modelo estruturado de cuidado colaborativo. Essa diversidade de delineamentos enriquece a interpretação, mas limita comparações diretas e impede estimar um efeito único sobre adesão, qualidade de vida ou prognóstico. Além disso, o predomínio de estudos com populações e desfechos distintos restringe a generalização para todos os pacientes com doenças

crônicas. A fragmentação dos serviços, o tempo limitado das consultas e as desigualdades de acesso também podem dificultar a aplicação das recomendações. Assim, ampliar o reconhecimento do sofrimento emocional requer avaliação individualizada e articulação entre profissionais, sem atribuir às intervenções benefícios não demonstrados pelas pesquisas citadas.

4 CONCLUSÃO

A associação entre sintomas ansiosos e depressivos e doenças crônicas não transmissíveis evidencia a importância de uma abordagem clínica que contemple, de maneira integrada, as dimensões físicas e psicológicas do adoecimento. Condições como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e doenças cardiovasculares exigem acompanhamento contínuo e adaptações que podem repercutir sobre o bem-estar emocional dos pacientes. Nesse contexto, o reconhecimento de manifestações ansiosas e depressivas constitui um componente relevante da assistência em Clínica Médica, especialmente diante das possíveis repercussões sobre a adesão terapêutica, a capacidade de autocuidado e a qualidade de vida. A identificação dessas manifestações deve considerar a complexidade das condições clínicas e a influência de fatores biológicos, comportamentais e psicossociais.

Os desafios relacionados ao reconhecimento de sintomas psicológicos em pacientes com doenças crônicas reforçam a necessidade de avaliações individualizadas e sistemáticas. A sobreposição entre manifestações físicas e emocionais, associada às limitações de tempo e às dificuldades de comunicação nos serviços de saúde, pode comprometer a identificação oportuna do sofrimento psicológico. Nesse sentido, a utilização criteriosa de instrumentos de rastreamento, associada à escuta qualificada e à investigação clínica abrangente, representa uma estratégia importante para aprimorar o acompanhamento. A atuação multiprofissional e a integração entre os diferentes níveis de atenção também podem contribuir para a construção de intervenções adequadas às necessidades individuais.

Conclui-se que a incorporação da saúde mental ao acompanhamento de pacientes com doenças crônicas constitui uma medida relevante para o fortalecimento do cuidado integral e longitudinal. A valorização dos aspectos emocionais, a qualificação dos profissionais e a organização de estratégias

assistenciais integradas podem favorecer a identificação de necessidades psicológicas e o aprimoramento da relação terapêutica. Dessa forma, a prática da Clínica Médica deve ultrapassar o controle isolado de parâmetros orgânicos, reconhecendo o paciente em sua integralidade e promovendo uma assistência humanizada, fundamentada em evidências científicas e orientada à melhoria da qualidade de vida.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION PROFESSIONAL PRACTICE COMMITTEE. 5. Facilitating positive health behaviors and well-being to improve health outcomes: Standards of Care in Diabetes—2024. Diabetes Care, v. 47, supl. 1, p. S77–S110, 2024. DOI: https://doi.org/10.2337/dc24-S005.

FRAZÃO, Maria Cristina Lins Oliveira et al. Correlação entre sintomas de depressão, atitude e autocuidado em idosos com diabetes tipo 2. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 76, n. 3, e20220741, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0741pt.

KATON, Wayne J. et al. Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. The New England Journal of Medicine, v. 363, n. 27, p. 2611–2620, 2010. DOI: https://doi.org/10.1056/NEJMoa1003955.

KROENKE, Kurt; SPITZER, Robert L.; WILLIAMS, Janet B. W. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. Journal of General Internal Medicine, v. 16, n. 9, p. 606–613, 2001. DOI: https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.

LEVINE, Glenn N. et al. Psychological health, well-being, and the mind-heart-body connection: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation, v. 143, n. 10, p. e763–e783, 2021. DOI: https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000947.

LODUCA, Adrianna et al. Resiliência, ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica de várias etiologias: análise interdisciplinar. *BrJP*, v. 7, e20240057, 2024. DOI: https://doi.org/10.5935/2595-0118.20240057-pt.

MANCIA, Giuseppe et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension. Journal of Hypertension, v. 41, n. 12, p. 1874–2071, 2023. DOI: https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000003480.

SOUSA, Neuciani Ferreira da Silva et al. Associação do transtorno depressivo maior com doenças crônicas e multimorbidade em adultos brasileiros, estratificada por sexo: Pesquisa Nacional de Saúde 2019. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 24, supl. 2, e210015, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-549720210015.supl.2.

SPITZER, Robert L. et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Archives of Internal Medicine, v. 166, n. 10, p. 1092–1097, 2006. DOI: https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092.

VILELA, Lidiane Bernardes Faria et al. Qualidade do sono de pacientes com diabetes mellitus: associação com ansiedade, traço e estado. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 45, e20230111, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230111.pt.