

## COMPARAÇÃO ENTRE OS NÍVEIS DE ANSIEDADE DE MULHERES COM IMC ACIMA DE 30 KG/M<sup>2</sup> ANTES E APÓS INTERVENÇÕES REALIZADAS PELO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Gleicy Karine Nascimento de Araújo (1); Ariany Patrícia Marques da Silva (1); Sabrina Bezerra da Silva (2); Fábiana Alexandra Pottes Alves (3); Rafaella Queiroga Souto (4)

*Universidade Federal de Pernambuco (1,2 e 4) Núcleo de Apoio a Saúde da Família- Patos/PB (3)  
gleicy.kna@hotmail.com; ariany\_marques2@hotmail.com; fabia.alexandra@terra.com.br; sabrinabs@gmail.com;  
rafaellaqueiroga7@gmail.com .*

**RESUMO:** Objetivou-se neste estudo comparar a relação entre os níveis de ansiedade em pacientes com IMC acima de 30kg/m<sup>2</sup> antes e após a realização de intervenções em grupo de reeducação alimentar, controle de peso e ansiedade. A coleta de dados foi realizada no primeiro e último encontro do grupo, utilizando a Escala de Ansiedade e Depressão para Hospital Geral - HAD, onde foram exploradas apenas as questões relacionadas à ansiedade. O estudo foi realizado com 15 mulheres com índice de massa corporal (IMC) acima de 30kg/m<sup>2</sup> e com relato de ansiedade assistidas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município de Santa Luzia- PB. Antes das intervenções a porcentagem de pessoas classificadas como improvável para o nível de ansiedade foi de 20% (n=3), enquanto que o percentual de provável foi de 33,33% (n =5). Após a participação no grupo e a realização das intervenções se houve uma redução expressiva do percentual de pacientes classificadas como provável, passando para 6,67% (n=1), e um aumento para improvável, passando para 46,7%(n=7). Por meio das intervenções realizadas neste estudo, pôde-se comprovar a importância de praticar intervenções na atenção básica, pois através do compartilhamento de conhecimentos e vivências acerca do tema, proporciona estímulo a mudanças no estilo de vida. Destaca-se ainda a necessidade de criar mais Núcleos de Apoio à Saúde da Família, pois com uma equipe multiprofissional e interdisciplinar é possível elaborar uma logística de trabalho que atenda uma população maior e com qualidade.

Palavras-Chave: Ansiedade; Educação; Saúde.

### INTRODUÇÃO

A ansiedade é um estado emocional de desprazer, sentimento vazio de medo e apreensão, caracterizado por uma sensação de perigo iminente, manifestando-se de forma psicológica e fisiológica. É capaz de provocar várias reações físicas e aparece, mais comumente, em pessoas com uma predisposição genética (APOSTOLO, 2011).

É um sentimento necessário para a sobrevivência humana, uma vez que alerta para uma situação de perigo ao mesmo tempo em que prepara o indivíduo para a ação, a qual pode ser demonstrada de duas formas: o

ataque ou a fuga. Faz parte do espectro normal das experiências humanas, sendo propulsora do desenvolvimento, estando sempre presente nos processos de mudanças e nas novas experiências de vida. A ansiedade se torna patológica quando os sentimentos são exagerados, afetando a qualidade de vida do sujeito, provocando um desconforto emocional como distúrbios fisiológicos, do humor e do comportamento podendo gerar dificuldade em desempenhar as atividades diárias (RODRIGUES, 2012).

Alguns autores definem a época atual como a Idade da Ansiedade, devido à relação desse estado psíquico com o ritmo acelerado

de vida das pessoas, já que está configurando-se uma sociedade mais competitiva e consumista. E que a simples existência do homem no mundo atual é um fator predisponente para o surgimento da ansiedade, estando todos os seres humanos suscetíveis a ela (RODRIGUES, 2012).

Os Transtornos de Ansiedade são as psicopatologias que ocorrem com maior frequência na população geral e nos últimos anos vem aumentando, tornando-se significativa para os pesquisadores, que visam investigar os efeitos da ansiedade sobre o corpo e na psique do ser humano (VIEIRA, 2010).

O avanço dos estudos sobre o sistema nervoso passou a considerar bases fisiológicas que envolvem os neurotransmissores para explicar os transtornos de ansiedade. Vieira et al. (2010) demonstra que a serotonina e o ácido gama-aminobutírico (GABA) são os neurotransmissores que estão diretamente ligados com esses transtornos. Ambos têm ação inibitória, responsável por controlar a resposta ao estresse, logo quando ocorre alguma alteração desses neurotransmissores, o indivíduo pode apresentar um quadro de ansiedade patológica.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que 33% da população mundial apresente ansiedade nos próximos anos e o Brasil encontra-se entre os três primeiros países da lista (OMS, 2015).

Estudo realizado no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, afirma que aproximadamente 12% da população brasileira é ansiosa, o que representa cerca de 24 milhões de pessoas com a ansiedade patológica. Estima-se ainda que 23% da população brasileira terão algum distúrbio de ansiedade ao longo da vida (SOUZA, 2013).

Os casos de ansiedade aumentaram tanto que começam a constituir um problema de saúde pública, devido às graves consequências que podem acarretar. Trata-se de um fenômeno multifatorial que envolve componentes genéticos, comportamentais, psicológicos, sociais, metabólicos e endócrinos. Deste modo, os profissionais de saúde devem atuar na prevenção desses aspectos desde o período intrauterino até a senescência (PEREIRA, 2014).

Neste contexto, as ações preventivas que são intervenções desenvolvidas para evitar o surgimento de doenças tornam-se essenciais para o controle da ansiedade. Estas intervenções são propostas da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que preconiza a realização de ações em saúde de caráter individual e coletivo, sendo responsável para trabalhar a temática do presente estudo através das Equipes de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (APOSTOLO, 2011).

Portanto, esse estudo tem como objetivo comparar os níveis de ansiedade das mulheres com IMC acima de 30 kg/m<sup>2</sup> assistidas pelo NASF no município de Santa Luzia- PB, antes e depois de intervenções realizadas em grupo de controle da ansiedade.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um ensaio comunitário quantitativo do tipo antes e depois. O ensaio comunitário envolve intervenções realizadas em nível de comunidade e usadas para avaliar a eficácia e efetividade de intervenções com enfoque na prevenção primária, modificando os fatores de risco numa população (ROUQUAYROL, 2013).

O presente estudo teve como base de pesquisa o NASF, localizado no município de Santa Luzia, no estado da Paraíba. A rede de Atenção Básica (AB) deste município é composta por seis Unidades Básicas de Saúde

(UBS) e um NASF, onde possuem 100% de abrangência das ESF e 98% de abrangência dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Para participar do estudo foram encaminhadas pela ESF ao NASF todas as usuárias com histórico de relato de ansiedade. Sendo convidadas a participar do estudo 22 mulheres, entretanto houve desistência de sete, devido à divergência de horário, finalizando uma amostra de 15 pessoas. As quais foram submetidas a uma consulta e avaliação dos níveis de ansiedade antes e depois da realização dos grupos educativos, as informações sócio-econômicas (idade, sexo, profissão, estado civil, moradia e renda) também foram coletadas para caracterização da amostra.

A fim de verificar os níveis de ansiedade das participantes, foi utilizada a Escala de Avaliação do nível de ansiedade e depressão (HAD), no primeiro e último encontro do grupo de controle de ansiedade. Essa escala foi desenvolvida por Zigmond e Snaith em 1983, obtendo como objetivo principal avaliar de forma rápida os níveis de ansiedade e depressão em pacientes. Por ser de fácil aplicabilidade e um instrumento sensível, é usada na população em geral, obtendo amostras não psiquiátricas, bem como não necessitando de um profissional psiquiátrico para realizá-la (CASTRO, 2010).

Essa escala foi validada para português por Pais-Ribeiro, Honrado, Leal em 2004 (CASTRO, 2010). Ela é composta por 14 itens de múltipla escolha, sendo 7 para ansiedade (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) e 7 para depressão. Cada subescala é medida através de 4 pontos (0, 1, 2 e 3), podendo totalizar até 21 pontos cada subescala. Considerando o escore de 0-7 pontos: improvável, ou seja, sem traços de ansiedade; 8-11 pontos: possível ou ansiedade leve; de 12-21 pontos: provável ou ansiedade grave (NUNES, 2013).

Os encontros ocorreram semanalmente, sendo um total de 17, e o principal objetivo desses encontros foi trabalhar a ansiedade em seus aspectos gerais,

bem como enfatizar os aspectos de autoestima e autoajuda.

Para que todos os participantes ficassem cientes da liberdade de participação e garantia de anonimato, foi repassado antes da coleta de dados um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e o objetivo da pesquisa. Os encontros foram facilitados pela pesquisadora principal (nutricionista), juntamente com psicóloga, fisioterapeuta, assistente social e o educador físico do NASF.

O grupo teve início em abril de 2015, onde se buscou de forma dinâmica e expositiva apresentar o grupo de pesquisa à equipe do NASF, permitindo que todos estabelecessem uma relação de confiança com os profissionais e com o próprio grupo. Em maio realizaram-se palestras expositivas sobre “a ansiedade e o comportamento”, voltando o foco para autoimagem, onde se buscou orientar quanto à percepção de si mesmo. Neste mesmo mês foi realizado um incentivo a atividade física, repassando alguns exercícios fáceis que podem ser realizados diariamente e em casa. Em junho foi realizada uma palestra expositiva, conhecida como “Aprendendo a dizer não” para que pudesse estimular a imposição de limites pessoais. No mês seguinte, julho, foi feita uma palestra expositiva, sobre “autoestima”, para fortalecer a autoestima das participantes. O mês de agosto reforçou ainda mais essa questão da autoestima, fazendo com que o benefício do autoconhecimento e a superação de problemas pessoais fosse demonstrada, como forma de fortalecer essas pessoas e ainda foi reforçada a questão da atividade física. No último mês, setembro, foi realizada uma discussão sobre avaliação das atividades educativas desenvolvidas no grupo, como forma de avaliar as intervenções que foram realizadas neste período e aplicada a Escala-HAD para saber o resultado final dos níveis de ansiedade.

Durante os encontros havia um momento terapêutico para que cada participante tivesse a oportunidade de expor

as angústias e dúvidas em relação ao tratamento. Ocorreram também oficinas, com confecção de cartazes onde o objetivo principal foi expressar sentimentos atuais ao entrar no grupo e o que esperavam. A maioria relatava angústia ao estar com excesso de peso e auto-estima reduzida e esperava redução de peso e aumento da auto-estima.

As informações coletadas foram digitadas no programa Microsoft Excel, versão 97-2003 e transferidos para o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciência da Saúde (CCS) do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) através do nº de protocolo da CCAE 41786615.9.0000.5183, seguindo a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, onde o Conselho Nacional de Saúde aprovou as diretrizes e regulamentação de pesquisa envolvendo seres humanos, fazendo com que os direitos e deveres que dizem respeito aos sujeitos da pesquisa, ao Estado e à comunidade científica, estejam assegurados. A autorização do NASF de Santa Luzia – PB se deu por escrito e formalmente.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi composta por 15 mulheres com o índice de massa corporal (IMC) acima de 30 Kg/m<sup>2</sup> e com relato de ansiedade. Os dados sociodemográficos coletados a fim de caracterizar a população está exposto na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas das mulheres com IMC acima de 30 kg/m<sup>2</sup> e com relato de ansiedade, atendidas em uma UBS de Santa Luzia/PB.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	Total	
	N	%

IDADE		
19 a 31 anos	2	13,3
31 a 43 anos	3	20,0
43 a 55 anos	8	53,4
55 a 67 anos	2	13,3

ESTADO CIVIL		
Solteira	3	20,0
Casada	11	73,3
Viúva	1	6,7

TIPO DE MORADIA		
Própria	13	86,7
Alugada	2	13,3

RENDA		
Até 3 salários*	11	73,3
De 3 a 5 salários*	4	26,6

OCUPAÇÃO		
Doméstica	4	26,6
Professora	5	33,3
Estudante	1	6,7
Comerciante	1	6,7
Aposentada	1	6,7
Depiladora	1	6,7
Funcionária Pública	2	13,3

\* valor do salário mínimo durante o período da pesquisa = R\$788,00

Fonte: Dados da Pesquisa. Santa Luzia/PB, 2015

A média do IMC inicial foi de 36,22 Kg/m<sup>2</sup>, no entanto após a participação no grupo, nota-se uma redução da média do IMC para 32,94 Kg/m<sup>2</sup>, evidenciando a importância do grupo na melhoria da qualidade de vida dos usuários.

A pesquisa de Verdolin et al. (2012) foi realizada com 153 pessoas, apresentando uma predominância do sexo feminino (proporção de 15 mulheres para cada 1 homem), faixa etária média de 54,5 anos, com emprego e casada. A prevalência do excesso de peso aumentou na faixa etária mais inferior

para a intermediária, evidenciando uma diminuição após os 60 anos.

Ramiro et al. (2014) afirma que um fator de risco para a ansiedade é pertencer ao sexo feminino, uma vez que a produção de hormônios como estrógeno e a progesterona, que são substâncias calmantes e antidepressivas, cai drasticamente durante o período menstrual. Outro fator associado ao gênero é o social, onde as mulheres são responsáveis por trabalho doméstico e cuidado com os filhos, e ainda tem aquelas que trabalham fora de casa e ainda assim tem que conciliar essas duas atividades. Essa afirmativa traz aspectos importantes e é reforçada na população do estudo, que se apresentou exclusivamente feminina.

Em relação à profissão, verifica-se no estudo de Caniçali et al. (2012) que 31% das mulheres são do lar, 25% são aposentadas, 19% exercem outros tipos de atividade, 8,3% são funcionária pública, 8,3% são profissionais liberais, 7,1% trabalham em empresa privada e 1,2% trabalha na zona rural. Já no estudo de Oliveira e Silva (2014), 56% das mulheres apresentavam ter um emprego.

Caniçali et al. (2012) em seu estudo expõe que em relação ao estado civil das participantes, 59,5% são casadas ou possuem uma união estável, 20,2% são viúvas, 10,7% são solteiras e 9,5% são separadas ou divorciadas, confirmando essa predominância no estudo de Oliveira e Silva (2014) composto por 50 participantes, sendo 70% casadas ou em união estável.

### **NÍVEL DE ANSIEDADE INICIAL E FINAL**

A classificação do nível de ansiedade das pacientes assistidas pelo NASF foi realizada considerando as duas avaliações, uma inicial que foi realizada nos primeiros encontros do grupo, e outra final, que foi feita após a realização das intervenções propostas.

Antes da participação no grupo o percentual de pacientes que foram classificadas como improvável para o nível de ansiedade foi de 20% (n=3), enquanto que o percentual de provável foi de 33,33% (n=5). Após ações educativas ministradas pelo grupo, percebe-se uma redução expressiva do percentual de pacientes classificadas como provável, passando para 6,67% (n=1). Ainda, verifica-se um aumento daqueles classificados na categoria improvável, cujo percentual foi de 46,67% (n=7).

A Tabela 2, demonstra que das 5 pacientes classificadas como provável na primeira avaliação, 4 foram classificadas como possível na segunda avaliação, permanecendo apenas 1 na mesma categoria. Do mesmo modo, das 7 participantes classificadas como possível na primeira avaliação, 4 passaram a ser classificadas com improvável e 3 continuaram no resultado da avaliação inicial. Não houve mudanças de classificação com relação à categoria improvável.

Pode-se concluir, portanto que o grupo contribuiu bastante para a redução dos níveis de ansiedade.

Tabela 2. Tabela de classificação do nível de ansiedade dos pacientes assistidos pelo NASF antes e depois da participação do grupo de reeducação alimentar, controle de peso e ansiedade de Santa Luzia/ PB, 2015.

NAA	FAA	FRA	NAD	FAD	FRD
Improvável	3	20,0	Improvável	7	46,7
Possível	7	46,7	Possível	7	46,7
Provável	5	33,3	Provável	1	6,7
Total	15	100	Total	15	100

NNA: Nível de Ansiedade Antes

FAA: Frequência Absoluta Antes

NAD: Nível de Ansiedade Depois

FAD: Frequência Absoluta Depois

FRD: Frequência Relativa Depois

Fonte: Dados da Pesquisa. Santa Luzia/PB, 2015

Os indivíduos que apresentam obesidade no estudo de Verdolin et al. (2012) em alguns casos utilizam o comer em excesso como um método de compensação, ocultando obstáculos internos, afetivos e relacionais, fazendo uso desse método de compensação a fim de preencher vazios emocionais.

Estudos (ALMEIDA, 2012) realizados com adultos interligam a ansiedade e obesidade, destacando a ansiedade como um sintoma frequente. Essa condição pode estar intimamente ligada a discriminação e estigmatização social, os quais prejudicam o funcionamento físico e psíquico, podendo causar um impacto negativo em sua qualidade de vida. Estes estudos corroboram com os dados encontrados na pesquisa, pois além da população ser feminina, todas possuíam IMC acima de 30kg/m<sup>2</sup>, que pela tabela nutricional de IMC considera esse valor como obesidade.

No determinado estudo de Oliveira e Silva (2014), foi possível identificar a ansiedade como um dos fatores que dificultam a perda de peso, demonstrando também fatores como baixa autoestima, intervenção da família no tratamento, falta de autocontrole e motivação. Segundo Daubenmier et al. (2011), um dos efeitos do estresse e da ansiedade sobre pacientes obesos é o elevado consumo de alimentos com alto teor de gordura e alimentos doces, ocasionando um ganho de peso total.

No estudo de Calderón et al. (2010), verifica-se que é necessário que as políticas públicas sejam voltadas para a inclusão da ansiedade nos protocolos de avaliação e tratamento da redução de peso. Os resultados do seu estudo apresentaram que a insatisfação corporal associada com elevada ansiedade aumentava o risco de perpetuar a obesidade e eram os dois sintomas que melhor discriminavam os pacientes com ou sem obesidade severa. A partir disso, esses dois fatores interferem negativamente no tratamento e sua identificação pode atuar na melhoria da adesão de hábitos de vida mais

saudáveis, contribuindo para a perda de peso e evitando o seu reganho.

No estudo de Daubenmier et al. (2011), a intervenção tinha o objetivo de atenuar o fator de sobrepeso e obesidade em mulheres durante 4 meses, porém a intervenção nesse sentido não foi eficaz, demonstrando resultados positivos nas mulheres que apresentaram uma melhoria no estado emocional, diminuindo fatores como estresse crônico, ansiedade, possibilitando aumento da autoconsciência.

Diante deste contexto, a participação em intervenções possibilita a convivência e a atenção coletiva. Além disso, esses grupos possibilitam o atendimento de grande número de pessoas de uma determinada região de forma conjunta e simultânea, denotando uma importante possibilidade de prática coletiva com resultados positivos para a saúde. Ainda em relação à participação, a influência dos grupos de convivência pode aumentar o ciclo de amizade uma vez que promove a ressocialização das pessoas, viabiliza ainda a propagação de saberes, principalmente relacionado à saúde, melhorando a autoestima, a qualidade de vida e a diminuição dos níveis de ansiedade.

O resultado de maior destaque encontrado neste estudo foi a importância de intervenções ligadas a saúde mental da população principalmente nas unidades básicas de saúde e no núcleo de apoio à saúde da família, pois após as realizações das intervenções, as participantes tiveram uma redução nos níveis de ansiedade. Estudos (REBELO, 2012; TURI, 2015) confirmam a importância da atenção básica na prevenção e/ou melhora no quadro de ansiedade e defendem ainda que a troca de conhecimentos é fundamental para as práticas de saúde, pois a interação entre o grupo permite analisar os pontos críticos e a compreensão acerca do tema. Entretanto há necessidade de mais estudos nesta área e que interliguem a

ansiedade e a importância da atenção básica em saúde.

Os resultados obtidos nessa pesquisa, mediante as intervenções, foram satisfatórios por apresentarem alterações nos estilos de vidas melhorando assim o estado de bem estar dos participantes, considerando o fato de que todos do grupo demonstraram interesse pelas temáticas abordadas, assim como, mantiveram interesse em participar relatando sobre suas angústias e atividades cotidianas. Houve uma redução significativa do IMC e do nível de ansiedade após essas intervenções, fortalecendo o foco das ações educativas promovida na Atenção Básica.

## CONCLUSÃO

Através dessas intervenções que foram realizadas neste estudo pôde-se observar a importância de atividades na atenção básica de saúde voltada para o controle da ansiedade, destacando o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar. Percebeu-se que grupos de intervenção que tragam situações do cotidiano para serem discutidas, é uma forma eficaz para a diminuição dos níveis de ansiedade, pois através do compartilhamento de conhecimentos sobre o tema estimula o auto-cuidado e o cuidado com a família. Pode-se ressaltar ainda a necessidade de criar mais Núcleos de Apoio à Saúde da Família para que essa logística de trabalho atenda a uma população cada vez maior do que vem se atingindo atualmente.

Os profissionais de saúde têm grandes desafios para trabalhar com essa demanda por isso é importante os grupos de intervenções para garantir a eficácia da promoção e prevenção dos agravos à saúde, promovendo a motivação e o bem-estar aos usuários com obesidade e ansiedade.

## REFERÊNCIAS

1. APÓSTOLO, João Luís Alves et al. Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 348-353, 2011.
2. RODRIGUES, Moisés Ederson da Silva et al. Risco de suicídio em jovens com transtornos de ansiedade: estudo de base populacional. **Psico USF**, v. 17, n. 1, p. 53-62, 2012.
3. ALMEIDA, Anna Alice Figueirêdo de; BEHLAU, Mara; LEITE, José Roberto. Correlação entre ansiedade e performance comunicativa. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol**, v. 16, n. 4, p. 384-389, 2011.
4. VIEIRA, Flaviana et al. Utilização da taxonomia II da nanda para avaliação da ansiedade puerperal na comunidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 3, p. 544, 2010.
5. CAETANO, Dorgival. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. In: **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Editora Artes Medicas Sul, 1993.
6. SOUZA, B.S. Investigação do potencial ansiolítico de magnésio e vitamina B6 em uma única

- administração em humanos. 2013. 73 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Nutrição). Universidade Federal da Paraíba – UFPB.
7. PEREIRA, Cláudia; BRANDÃO, Isabel. Uma perspectiva da psicopatologia da obesidade. **Arquivos de Medicina**, v. 28, n. 5, p. 152-159, 2014.
  8. ROUQUAYROL M Z, GURGEL M C S. Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro: **Editora Med Book**, 7ª edição, 2013.
  9. RIBEIRO, José Luís Pais; HONRADO, Ana Alexandra Jorge Duarte; LEAL, Isabel Pereira. Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. **Psicologia, saúde & doenças**, p. 2229-239, 2004.
  10. CASTRO, Natália Mori Gonçalves; DÁTILLO, Murilo; LOPES, Laura Cristina Cuvello. Avaliação do conhecimento nutricional de mulheres fisicamente ativas e sua associação com o estado nutricional. **Revista Brasileira de Ciências do esporte**, v. 32, n. 1, 2010.
  11. NUNES, Samantha et al. Ansiedade, depressão e enfrentamento em pacientes internados em um hospital geral. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 14, n. 3, p. 382-388, 2013.
  12. RAMIRO, Fernanda de Souza et al. Investigação do estresse, ansiedade e depressão em mulheres com fibromialgia: um estudo comparativo. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 54, n. 1, p. 27-32, 2014.
  13. ALMEIDA, Sebastião Sousa et al. Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 1, p. 153-160, 2012.
  14. SOUZA, Luiz Gustavo Silva et al. Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 4, p. 1022-1034, 2012.
  15. GARCIA, Vagner Angelo; BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini; NOBILE, Gláucia Fernanda Galeazzi. A Interação Terapêutica em Intervenções com Universitários com Transtorno de Ansiedade Social. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35, n. 4, p. 1089-1105, 2015.
  16. REBELO, A; LEAL, I. Fatores de personalidade e comportamento alimentar em mulheres portuguesas com obesidade mórbida: Estudo exploratório. ISPA – Instituto Universitário, 2012. Vol.25, Nº3.
  17. TURI, Bruna Camilo et al. Atividade física, obesidade abdominal e consumo de medicamentos em adultos: estudo transversal retrospectivo com usuários da atenção básica em saúde. **Revista da**

- Educação Física/UEM**, v. 26, n. 4, 2015.
18. VERDOLIN, Louise Deluiz et al. Comparação entre a prevalência de transtornos mentais em pacientes obesos e com sobrepeso. **Scientia Medica**, v. 22, n. 1, 2012.
19. CANIÇALI PRIMO, C. et al. Ansiedad en mujeres con cáncer de mama. **Enfermería Global**, v. 11, n. 28, p. 52-62, 2012.
20. OLIVEIRA, Ana Paula da Silva Vasques; SILVA, Marília Marques da. Fatores que dificultam a perda de peso em mulheres obesas de graus I e II. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 6, n. 1, p. 74-82, 2014.
21. DAUBENMIER, Jennifer et al. Mindfulness intervention for stress eating to reduce cortisol and abdominal fat among overweight and obese women: an exploratory randomized controlled study. **Journal of obesity**, v. 2011, 2011.