



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM**

LUCENILDO LAERTY DA SILVA SALES

**TRANSTORNOS DE ANSIEDADE, ESTADO NUTRICIONAL E SEXO EM
ADOLESCENTES ESCOLARES: UM ESTUDO TRANSVERSAL.**

**CAMPINA GRANDE - PB
2017**

LUCENILDO LAERTY DA SILVA SALES

**TRANSTORNOS DE ANSIEDADE, ESTADO NUTRICIONAL E SEXO EM
ADOLESCENTES ESCOLARES: UM ESTUDO TRANSVERSAL.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Carla Campos Muniz Medeiros

**CAMPINA GRANDE - PB
2017**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S163t Sales, Lucenildo Laerty da Silva.

Transtornos de ansiedade, estado nutricional e sexo em adolescentes escolares [manuscrito] : Um estudo transversal / Lucenildo Laerty da Silva Sales. - 2017.

40 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2017.

"Orientação : Profa. Dra. Carla Campos Muniz Medeiros, Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS."

1. Transtorno de ansiedade. 2. Estado nutricional. 3. Adolescentes. 4. Sexo.

21. ed. CDD 616.852 2

LUCENILDO LAERTY DA SILVA SALES

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE, ESTADO NUTRICIONAL E SEXO EM
ADOLESCENTES ESCOLARES: UM ESTUDO TRANSVERSAL.

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Estadual
da Paraíba, como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Aprovado em: 13 / 12 / 2017.

BANCA EXAMINADORA

Carla Campos Muniz Medeiros

Prof. Dra. Carla Campos Muniz Medeiros
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Danielle Franklin de Carvalho

Profa. Dra. Danielle Franklin de Carvalho
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Elayne Maria Cordeiro Costa

Enf^ª Esp. Elayne Maria Cordeiro Costa
Avaliadora Externa

À minha mãe, Lúcia, à minha irmã, Leticya, dedico. Por todo o carinho, cumplicidade e apoio a mim consagrados.

**Aos espíritos de luz que diariamente iluminam meu
caminhar e positivam o meu viver,
minha total e plena devoção.**

AGRADECIMENTOS

Início declarando minha suprema gratidão a Deus, nosso Senhor, por permitir que tudo tenha convergido para um fim bem sucedido. Aos espíritos de luz que iluminaram e guiaram meu caminho até aqui, minha sincera devoção.

À minha amada mãe, **Lúcia**, a quem devo tudo o que tenho e sou, por todo apoio no mais profundo significado da palavra, por me certificar sempre que sou capaz, por cuidar tanto de mim e comemorar minhas conquistas como se dela fossem, meu profundo amor. Ao meu pai, por toda logística da minha formação, meu sincero obrigado.

À minha única e amada irmã, **Leticya**, por me mostrar que cronologia não significa maturidade e que o caminho pode ser espinhoso, mas que o *gran finale* sempre vale o esforço. Por seu jogo de cintura diante das minhas desmotivações emocionais e terapêutica para tal e por me incentivar e apoiar todos os dias, nas diversas situações, minha profunda gratidão.

Ao meu cunhado, **Ari**, por todos os momentos felizes compartilhados, inclusive os sanduíches.

À minha avó, **Severina** (*in memoriam*) por todos os ensinamentos e bons momentos vividos em sua tenra passagem pela Terra. Agradeço por tudo e sinto muito sua falta.

À minha grande amiga **Iara Lima**, por sete anos de jornada nesta vida junto comigo, durante os quais me acompanhou e fez evoluir como pessoa e espírito, por cada conquista compartilhada e por todo o estímulo fornecido. Por todo companheirismo, momentos alegres e tristes, por Paris, por me dar motivação emocional, reafirmar todos os dias o homem que sou e cuidar sempre tão bem de mim, meu sincero amor.

À minha querida amiga **Jihane Diogo**, exemplo de Enfermeira, professora, mulher, mãe e amiga, por me fazer apaixonar pela Enfermagem através do seu exemplo de competência e amor pelo que faz, além de todos os momentos acadêmicos a mim proporcionados, minha sincera gratidão.

Aos meus amigos que compõem o melhor Octeto que existe: **Juliene, Rayelle, Rebecca, Luana, Rayanne, Solange e Marcos**. Todos foram muito importantes na minha jornada acadêmica, e agora, pessoal. Minha gratidão a todos os momentos felizes que compartilhamos, por acompanhar minha luta diária, por aguentar minhas piadas sem graça e minhas fotos superlotando seus celulares, por me apoiar, ouvir e aconselhar nos dias difíceis, por toda confiança e cumplicidade.

Aos meus colegas da turma de Enfermagem UEPB 2013.1, meu muito obrigado por todos os ensinamentos; aprendi muito com todos, nos bons e, principalmente, nos maus momentos.

À minha orientadora, professora e amiga, **Dra. Carla Campos Muniz Medeiros**, por me orientar neste trabalho e em vários outros, por todos os ensinamentos compartilhados, por me guiar na vida acadêmica e me levar sempre além, minha gratidão.

À minha também orientadora, professora e amiga, **Dra. Danielle Franklin de Carvalho**, por seu jeito tenro e pacífico de ser e pelo conforto passado a mim em todas as situações, além de sua sutileza e genialidade em instruir, meu profundo agradecimento.

À minha amiga de infância e orientadora, **Ms. Elayne Cordeiro**, por todo ensejo acadêmico proporcionado, por todo o *feedback* neste trabalho e em vários outros, por todo conhecimento compartilhado, por todos os momentos pessoais e por mostrar que o destino é egrégio e que a vida sempre surpreende, meu sincero agradecimento.

A todos que compõem o Núcleo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas (NEPE) e o Centro de Obesidade Infantil de Campina Grande (COI), por toda evolução como acadêmico e profissional, meu muito obrigado.

A todos os funcionários do Departamento de Enfermagem da UEPB por toda logística da minha formação acadêmica neste ambiente e por serem sempre solícitos em todos os momentos que precisei, em especial à **Deinha**, por todos os cafés e histórias compartilhadas, meu sincero agradecimento.

A todos os meus professores que, durante esses cinco anos, trabalharam arduamente para conferir competência e qualidade à minha formação, em especial à **Juraci, Cláudia, Fátima** e, principalmente **Ana Luzia Medeiros**, por sempre trazer luz e bom humor nos momentos de tensão, mostrando que com atitude, alegria e classe superam-se as adversidades da vida. Meu profundo agradecimento a vocês.

Aos alunos de 2016 do Programa de Pós-Graduação e Pesquisa (PRPGP) – Mestrado em Saúde Pública da UEPB por todo conhecimento compartilhado.

À Universidade Estadual da Paraíba, por todos os momentos da minha instrução acadêmica que, mesmo com todas as limitações, é responsável pela maior parcela da minha formação, meu agradecimento.

*“Lute e empurre fortemente pelo que você acredita.
Você ficará surpreso, você é muito mais forte do que pensa.”*

Stefani Joanne Angelina Germanotta

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE, ESTADO NUTRICIONAL E SEXO EM ADOLESCENTES ESCOLARES: UM ESTUDO TRANSVERSAL.

SALES, Lucenildo Laerty da Silva¹. **Transtornos de ansiedade, estado nutricional e sexo em adolescentes escolares: um estudo transversal.** 2017.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A ansiedade é um transtorno psicológico que ocasiona disfunções orgânicas identificadas por comportamentos, especialmente nos hábitos alimentares, podendo comprometer a qualidade de vida, inclusive do adolescente. Isso pode causar obesidade e outras comorbidades. A presença desses transtornos varia também quanto ao sexo. Sua etiologia é parcialmente conhecida, porém, o acúmulo de gordura é frequentemente associado em estudos com mecanismos ansiosos em adolescentes. **OBJETIVO:** Investigar a associação entre a presença de transtornos de ansiedade (TAs) com o sexo e estado nutricional estimado pelo Índice de Massa Corporal em adolescentes escolares de Campina Grande-PB. **METODOLOGIA:** Estudo transversal realizado com 131 adolescentes entre 15 e 19 anos de escolas públicas de Campina Grande-PB, no período entre setembro e dezembro de 2016. Para avaliação do estado nutricional foi realizado o cálculo do IMC. Para avaliação da ansiedade foi utilizado o Questionário para Triagem de Ansiedade Infantil (QTAI-C). A análise estatística dos dados foi realizada por meio do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 21.0), para associação entre IMC, transtornos ansiosos e sexo foi realizado o teste qui-quadrado, considerando-se IC 95%. **RESULTADOS:** Identificou-se que 32,1% dos pesquisados apresentam TAs, obtendo-se maior incidência nos eutróficos. A maior prevalência foi do transtorno de ansiedade de separação, verificado em 46,6% dos pesquisados. Constatou-se associação do transtorno do pânico e evitação escolar, ambos com o sexo feminino, com chances 2 e 4,2 vezes maiores, respectivamente, de meninas apresentarem esses transtornos. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que a prevalência de TAs entre os adolescentes estudados foi elevado independente do estado nutricional mas relacionado ao sexo.

Palavra-chave: Transtorno de ansiedade. Estado Nutricional. Adolescentes. Sexo.

¹Aluno de Graduação em Enfermagem na Universidade Estadual da Paraíba
E-mail: lucenildosales@globomail.com

ANXIETY, NUTRITIONAL STATUS AND SEX DISORDERS IN SCHOOL ADOLESCENTS: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Sales, LLS¹. Anxiety, nutritional status and sex disorders in school adolescents: a cross-sectional study. 2017.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Anxiety is a psychological disorder that causes organic dysfunctions identified by behaviors, especially in eating habits, and may compromise the quality of life, including adolescents. This can cause obesity and other comorbidities. The presence of these disorders also varies with respect to sex. Its etiology is partially understood, however, accumulation of fat is often associated with studies with anxious mechanisms in adolescents. **OBJECTIVE:** To investigate the association between the presence of anxiety disorders (ADs) with sex and nutritional status estimated by the Body Mass Index in school adolescents in Campina Grande-PB. **METHODS:** A cross - sectional study was carried out with 131 adolescents aged 15 to 19 from public schools in Campina Grande - PB, in the period between September and December 2016. The BMI was calculated for nutritional status evaluation. To evaluate the anxiety, the Questionnaire for Screening of Infant Anxiety (QTAI-C) was used. The statistical analysis of the data was performed through the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, version 21.0), for association between BMI, anxious disorders and sex the chi-square test was performed considering 95% CI. **RESULTS:** It was identified that 32.1% of the respondents presented ADs, obtaining a higher incidence in the eutrophic ones. The highest prevalence was the separation anxiety disorder, verified in 46.6% of the respondents. The association of panic disorder and school avoidance was observed, both with female sex, with odds 2 and 4.2 times higher, respectively, of girls presenting with these disorders. **CONCLUSION:** It was concluded that the prevalence of ADs among adolescents studied was elevated regardless of the nutritional status but related to sex.

Keywords: Anxiety disorder. Nutritional status. Adolescents. Sex

¹Undergraduate Student in Nursing at Universidade Estadual da Paraíba.
E-mail: lucenildosales@globomail.com

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	MATERIAIS E MÉTODOS	15
2.1	Tipo de estudo, local e período da pesquisa.....	15
2.2	População e Amostra.....	15
2.3	Critérios de elegibilidade e descontinuação do estudo.....	16
2.3.1	<i>Critérios de inclusão</i>	16
2.3.2	<i>Critérios de exclusão</i>	16
2.4.	Variáveis do Estudo.....	16
2.4.1	<i>Estado Nutricional</i>	16
2.4.2	<i>Transtornos de Ansiedade</i>	17
2.4.3	<i>Sexo</i>	17
2.5	Procedimentos e técnicas de coleta de dados.....	18
2.6	Considerações éticas.....	18
2.7	Processamento e análise dos dados.....	18
3	RESULTADOS	19
4	DISCUSSÃO	21
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
6	REFERÊNCIAS	24
7	APÊNDICES	28
7.1	Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	29
7.2	Apêndice B – Termo de Assentimento.....	30
7.3	Apêndice C – Formulário de Entrevista.....	31
8	ANEXOS	37
8.1	Anexo A - Questionário para Triagem de Ansiedade Infantil (QTAI-C).....	38

1 INTRODUÇÃO

O ser humano, desde as mais remotas épocas, vem passando por processos evolutivos que, do ponto de vista anatomofisiológico e psicossocial, o transformou no ser mais complexo que existe. Essas transformações conferiram características peculiares e ampliaram a capacidade de alterar e adaptar-se ao ambiente em que se vive (CARVALHO; COSTA, 2012; DIAS, 2013). As mudanças mostram-se mais aparentes durante a adolescência, período marcado por diversos conflitos acerca do mundo e do papel perante a sociedade.

De acordo com a OMS (2005), a adolescência é o período compreendido entre 10 e 19 anos de idade. Inicialmente, ocorrem transformações de ordem biológica e psicossocial, além do corpo começar a tomar novos contornos, fazendo o adolescente crer que sua imagem corporal está desproporcional ao padrão idealizado (SILVA, et al., 2008)

Essas intensas mudanças, por sua vez, acabam interferindo no padrão alimentar e na demanda nutricional que a fisiologia do organismo do adolescente necessita. Do ponto de vista energético, os adolescentes encontram-se numa faixa de vulnerabilidade em relação ao estilo de vida e aos hábitos alimentares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2008).

No Brasil, o excesso de peso e a obesidade aumentaram significativamente durante os últimos anos. Dados do Ministério da Saúde apontam que a proporção de pessoas acima do peso avançou de 42,7%, em 2006, para 53,8% da população adulta do país. Ainda, o percentual de obesos subiu de 11,4% para 17% (BRASIL, 2016). Dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008-2009 mostram que cerca de 20% dos adolescentes brasileiros apresentam excesso de peso (IBGE, 2011).

O acréscimo da incidência e prevalência dessa morbidade é decorrente das modificações ocorridas nas últimas décadas que estão relacionadas aos hábitos alimentares e ao estilo de vida, a exemplo do aumento no consumo de *fast foods*, maior tempo dedicado a jogos de longa permanência diante de computadores, videogames e televisão e a redução do tempo em prática de atividades físicas que demandem maior gasto energético (VASCONCELLOS et al., 2013).

Esse fato demanda atenção, pois existe alto risco de se tornarem adultos obesos e, conseqüentemente, predisponentes a condições mórbidas e disfunções respiratórias, cardiovasculares, endócrinas, psicossociais, entre outros (MOREIRA et al., 2012). Dados de Medeiros et. al. (2011) apontam que, em Campina Grande, a prevalência de sobrepeso em

crianças encontrada foi de 14,7% e de obesidade 8,8%, perfazendo uma prevalência de sobrepeso/obesidade igual a 23,5%.

Além dos danos físicos e elevados custos de tratamento, o acúmulo de gordura pode causar alterações comportamentais, pois, pessoas com excesso são fáceis alvos de preconceito e discriminação, podendo ocasionar a manifestação de distúrbios psicossociais (SOUSA, et. al., 2012). Desse modo, pode-se entender que existe a possibilidade de que os transtornos de ansiedade influenciem no acúmulo de gordura corporal.

De acordo com a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), os Transtornos de Ansiedade (TAs) são psicopatologias que trazem sensação de medo e ansiedade em excesso, além de perturbações comportamentais em diferentes tipos de situações. Eles se diferenciam do medo ou de ansiedade adaptativa por serem persistentes e excessivos, manifestando-se em períodos específicos sob influência de eventos como estresse (ALMEIDA, 2017).

Ainda, Souza (2011) complementa, afirmando que os transtornos de ansiedade estão entre os mais comumente observados na população em geral, estando associados a altas taxas de psicopatologia na adolescência e na vida adulta.

Os transtornos de ordem psicológica, especialmente os de ansiedade podem explicar a etiologia da obesidade, embora o excesso de peso também possa ser fator desencadeante para disfunções de caráter emocional. Estudos apontam que adolescentes com sobrepeso ou obesidade possuem maior depressão e maior insatisfação corporal, além de ter a imagem corporal prejudicada e apresentarem maior possibilidade de baixa autoestima futura. Assim, verifica-se que o estado nutricional dos adolescentes pode estar intimamente relacionado à sua saúde psicológica (RENTZ-FERNANDES, 2017).

Ainda, os TAs ocasionam manifestações somáticas, a exemplo de cefaleia, dispnéia, taquicardia, tremores, vertigem, sudorese, parestesias, náuseas e diarreia etc., além de psíquicas, como inquietação interna, insegurança, insônia, irritabilidade, desconforto mental, dificuldade de concentração, etc. (DA SILVA FILHO; DA SILVA, 2013).

De acordo com o DSM-5, os principais quadros de ansiedade identificados por meio de critérios diagnósticos, são: transtorno de pânico (TP), transtorno de ansiedade generalizada (AG), transtorno de ansiedade social (TAS), transtorno de ansiedade de separação (AS), e evitação escolar (EVE). AG, TAS e EVE são os mais prevalentes na adolescência. Apesar de servirem como classificação nosológica para as síndromes ansiosas, as características individuais podem sobrepor umas as outras, uma vez que muitos pacientes apresentam

comorbidades decorrentes da presença de quaisquer TAs (DA SILVA FILHO; DA SILVA, 2013).

O TP, de acordo com a 10ª edição do CID da OMS, é definido como um transtorno crônico, que se assemelha a crises de ansiedade aguda e está associado a sintomas físicos que derivam da desregulação do sistema autonômico. Pode acometer pacientes com recorrentes ataques associados ao medo persistente de um novo ataque, preocupações com as consequências do ataque de pânico, além de mudanças no comportamento social e interpessoal (VALENTE; MELLO, 2012).

O AG é um transtorno que se define por meio da ansiedade excessiva e inexplicada. Relaciona-se a fatos cotidianos do indivíduo e sua sintomatologia se assemelha com a depressão maior. A avaliação clínica da AG deve se embasar na probabilidade de ser um distúrbio afetivo na forma de um sintoma depressivo concomitante (ENGSTER, 2014).

De acordo com o DSM-5, o TAS caracteriza-se quando há expressão de ansiedade diante de situações relacionadas ao convívio social, a exemplo de situações de avaliação, de observação ou apresentação, ocasionando medo de rejeição por parte do outro. Assim, o indivíduo passa a evitar as situações sociais ou as suportam com sofrimento intenso, acarretando prejuízo em contextos sociais da pessoa (NOBILE, 2017).

O indivíduo com AS é ansioso quanto à separação de figuras que influenciam diretamente nas atividades diárias e no desenvolvimento pessoal. A ideia de separar-se de familiares torna o portador de ansiedade de separação uma pessoa apreensiva. Embora esses sintomas se desenvolvam mais frequentemente na infância, eles podem ser aparentes também durante a idade adulta (MENDES, 2017).

Na fase escolar, a ansiedade pode se mostrar aparente em razão de uma série de situações, caracterizando assim a EVE. O funcionamento social do estudante pode indicar sintomas de ansiedade, uma vez que as relações interpessoais entre os alunos requerem certa capacidade de adaptação. As situações avaliativas também podem produzir altos níveis de ansiedade, uma vez que a época de provas escolares acarreta no medo de fracassar e na redução do desempenho escolar. Desse modo, a ansiedade no contexto escolar pode se manifestar de diferentes maneiras, inclusive com problemas fisiológicos que afetam o funcionamento cognitivo (CUNHA, 2017).

A existência de medo e ansiedade, em proporções normais, diminui as “ações irresponsáveis” predispostos pela idade, reduzindo a morbidade em adolescentes. Porém, é comum nos TAs em todas as idades que essas preocupações irracionais acarretem em queixas

somáticas que interferem diretamente na qualidade de vida e no bem estar emocional. (DA SILVA FILHO; SILVA, 2017).

Assim, podemos afirmar que o comportamento alimentar humano pode ser bastante afetado pelas emoções, uma vez que as suas escolhas alimentares, as quantidades ingeridas e a frequência das refeições dependem, em muitas variáveis, das necessidades psicológicas, e não somente das necessidades fisiológicas (LOURENÇO, 2016).

Existe um quadro restrito quando se considera a visão multidimensional da ansiedade, buscando diferenças entre o sexo masculino e o feminino. A literatura que aponta essa diferença é restrita, porém, seus resultados tem demonstrado que as mulheres apresentam maiores níveis de ansiedade do que os homens (MANOEL, 2017)

Ainda, uma explicação alternativa para as prováveis diferenças entre homens e mulheres refere-se à maneira como os sintomas ansiosos são descritos. As mulheres são mais propensas a relatar seus sintomas do que os homens, principalmente quando nos referimos a sintomas desagradáveis. Em suma, é socialmente aceito que mulheres apontem seus sintomas de ansiedade, enquanto dos homens espera-se menos manifestações das emoções (MANOEL, 2017)

Frequentemente, observa-se que muitos indivíduos, especialmente do sexo feminino, vivem em busca de um “padrão de beleza” imposto pela mídia, sacrificando-se constantemente tentando manter seus corpos magros, esbeltos, de forma frenética, tornando-se escravos de modelos estéticos e padrões sociais (DA SILVA; LANGE, 2017)

Porém, esses padrões modificam-se em grande velocidade, tornando-se cada vez mais difícil segui-los. Isso acarreta no desenvolvimento de transtornos de ansiedade e reforça o fato deles serem mais frequentes no sexo feminino. Caso isso não haja aceitação da autoimagem feminina, o indivíduo terá prejuízo emocional por idealizar uma imagem corporal que contraria a real, uma vez que essa foge aos padrões impostos pela sociedade. (DA SILVA; LANGE, 2017)

Sabendo que significativos processos de maturação emocional e física acontecem durante a adolescência, é importante reconhecer a influência de transtornos de ansiedade no peso e explorar essa relação para melhor compreender, tratar e prevenir a obesidade (PIETROBELLI et al., 2005). Ainda, com o contínuo aumento da prevalência de obesidade nos adolescentes e sua apresentação como um problema de saúde pública mundial, torna-se necessário uma análise acerca da associação entre o estado nutricional, excesso de peso e sexo com os transtornos psicológicos, a fim de traçar intervenções que minimizem as consequências conferidas por esses graves problemas da atualidade.

São escassos na literatura estudos que avaliaram a presença de transtornos de humor, em especial, a ansiedade, em adolescentes e sua relação com o estado nutricional e com sexo. Nesse sentido, o objetivo deste estudo é investigar a associação entre a presença de transtornos de ansiedade com o sexo bem como com estado nutricional de adolescentes escolares do município de Campina Grande – PB.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Tipo de estudo, local e período da pesquisa.

Estudo transversal aninhado em uma pesquisa de intervenção intitulada “O impacto do videogame ativo no perfil cardiometabólico de adolescentes com sobrepeso ou obesidade: um estudo de intervenção”, vinculado ao Programa de Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba.

A coleta de dados foi realizada em duas escolas públicas de ensino médio de grande porte da zona urbana do município de Campina Grande – PB no período compreendido entre os meses de setembro e dezembro de 2016.

2.2 População e amostra

A população alvo foi de 1.344 alunos matriculados no ensino médio das escolas públicas. A amostra foi selecionada por conglomerados (escolas), de forma que todos os alunos obesos ou com sobrepeso que estivessem cursando o primeiro e o segundo ano do ensino médio participassem da pesquisa, desde que estivessem dentro dos critérios de elegibilidade e que aceitassem participar dela.

O estudo foi desenvolvido nas duas escolas que em pesquisa populacional anterior, realizada no município de Campina Grande, apresentaram a maior prevalência de obesidade e de sobrepeso nos adolescentes avaliados (RAMOS et al., 2016).

Para cada obeso/sobrepeso pesquisado foi selecionado um adolescente eutrófico pareado por sexo e idade.

Foram avaliados 131 adolescentes, sendo 71 eutróficos e 60 com sobrepeso ou obesidade, com idades entre 15 e 19 anos e que cursavam as duas primeiras séries do ensino médio regular. Aqueles que apresentaram umas dessas condições: limitação motora ou mental que impedisse a participação dos indivíduos nas atividades ou realização das provas; alteração

metabólica severa que exigisse o uso de medicamentos ou tratamento específico que alterem o metabolismo do perfil lipídico; história asma com crise recente (dois meses anteriores à coleta de dados) e gravidez foram excluídos.

2.3. Critérios de elegibilidade

2.3.1. Critérios de inclusão

- Apresentar estado nutricional eutrófico, sobrepeso ou obesidade;
- Estar regulamente matriculado e frequentando o 1º ou 2º ano do ensino médio em escolas públicas do município de Campina Grande – PB;
- Estar na faixa etária entre 15 e 19 anos.

2.3.2. Critérios de exclusão

- Apresentar limitação motora ou mental que seja impedimento para realizar a avaliação antropométrica;
- Adolescentes grávidas;
- Adolescentes em uso de medicamento contínuo ou que alterem o perfil lipídico;
- Adolescentes com histórico de crises de asma recentes.

2.4. Variáveis do estudo

2.4.1 Estado Nutricional

O IMC foi construído a partir da razão do peso (em kg) pelo quadrado da altura (em m²). Para categorização do estado nutricional foram considerados os seguintes pontos de corte, segundo o Escore-z de IMC-Idade para adolescentes de 10 a 18 anos: eutrofia (\geq Escore-z -2 e $<$ Escore-z +1), sobrepeso (\geq Escore-z +1 e $<$ Escore-z +2) e obesidade (\geq Escore-z +2 e $<$ Escore-z +3). E para os maiores de 18 anos: baixo peso ($<$ 17,5 Kg/m²), eutrofia (\geq 17,5 Kg/m² e $<$ 25,0 Kg/m²), sobrepeso (\geq 25,0 Kg/m² e $<$ 30,0 Kg/m²), obesidade (\geq 30,0 Kg/m²) (MARIA et al., 2013; RAMOS et al., 2016; BIDDISS; IRWIN, 2010).

O peso foi determinado através de balança digital Tanita®, com precisão de 100g e a estatura foi medida em centímetros, através de um estadiômetro portátil da marca WCS®,

com acuidade de 0,1cm. Todas as medidas antropométricas foram realizadas em duplicata, sendo considerado o valor médio de cada aferição.

2.4.2 Transtornos de Ansiedade

Como meio de avaliação dos transtornos de ansiedade foi utilizado o Questionário para Triagem de Ansiedade Infantil (QTAI-C). Esse questionário é composto por 41 perguntas e cada uma delas permite 3 opções de resposta de acordo com a seguinte classificação para determinação de presença ou ausência de sintomas ansiosos: 0 = não/nunca verdadeira; 1 = pouco/às vezes verdadeira; 2 = muito/muitas vezes verdadeira(s). Para cada item, o pesquisado precisa marcar um “x” na alternativa de resposta que acredita ser a situação atual em que se encontra. Cada pergunta recebe uma codificação que indica que ela faz parte de um grupo de perguntas que caracterizam determinado transtorno e, por conseguinte, uma pontuação que pode indicar ou não a presença de um transtorno de ansiedade. Os itens 1, 6, 9, 12, 15, 18, 19, 22, 24, 27, 30, 34 e 38 são reconhecidos pela codificação TP e, um somatório de pontuação maior ou igual a 7 nessa variável pode indicar presença de Transtorno de Pânico ou Sintomas Somáticos. Um somatório igual ou maior que 9 pontos para os itens 5, 7, 14, 21, 23, 28, 33, 35 e 37, que são codificados como AG, pode indicar presença de Transtorno de Ansiedade Generalizada. Para determinar a presença de Transtorno de Ansiedade Social (codificado como TAS) foi considerada uma pontuação igual ou superior 8 para as perguntas 3, 10, 26, 32, 39, 40 e 41. Uma pontuação igual ou superior a 5 para os itens 4, 8, 13, 16, 20, 25, 29 e 31 pode indicar Ansiedade de Separação, codificado como AS. Uma pontuação de igual ou superior a 3 para os itens 2, 11, 17 e 36, que estão codificadas como EV, indicou Evitação Escolar. Caso o somatório de todos os escores seja igual ou superior a 25 e menor ou igual a 30, indica a presença de algum Transtorno de Ansiedade, codificado como TA.

2.4.3 Sexo

Como procedimento metodológico para a obtenção dessa informação acerca dos pesquisados, foi realizada uma entrevista para o preenchimento de um formulário, no qual continha questões relacionadas às informações socioeconômicas, educacionais e estilo de vida dos adolescentes e dos seus familiares (APÊNDICE C). Esse questionário é parte dos dados do estudo maior ao qual este trabalho está aninhado e, para essa pesquisa, utilizou-se apenas a variável sexo desse formulário.

2.5. Procedimentos e técnicas de coleta de dados

Depois de selecionadas as escolas, a primeira etapa do estudo consistiu na visita dos pesquisadores às mesmas, para explicação aos seus gestores do detalhamento da pesquisa, obtenção do consentimento formal e preparação da logística de coleta dos dados. Em seguida, foi agendada uma reunião com todos os alunos do primeiro e segundo ano do ensino médio das escolas participantes para explicação da pesquisa e classificação nutricional através dos dados antropométricos inseridos no software Antroplus®.

Todos os alunos eutróficos, com sobrepeso ou obesos que estavam dentro dos critérios de elegibilidade foram convidados a participarem da pesquisa. Os alunos elegíveis que quiseram participar foram orientados detalhadamente sobre as etapas constituintes da pesquisa, seus responsáveis, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e eles assinaram o termo de assentimento (APÊNDICE B).

Os alunos que aceitaram participar responderam aos instrumentos de pesquisa que incluíram um formulário para levantamento das informações socioeconômicas e ao questionário para triagem da ansiedade (QTAI-C) (ANEXO A). Ainda, tiveram seus dados antropométricos documentados pelos pesquisadores (APÊNDICE C).

2.6. Considerações éticas

Esse estudo foi aprovado no comitê de ética da Universidade Estadual da Paraíba sob o CAAE nº 0077.0.133.000-12.

2.7. Processamento e análise dos dados

Os dados coletados foram duplamente digitados e, posteriormente a isto, sujeitos à validação pelo *Validate* do Epi Info 5.4. Para a realização do processo de análises estatísticas utilizou-se o SPSS, em sua versão 21.0.

Inicialmente foi realizada a análise descritiva das variáveis estudadas através de frequência absoluta e relativa. Para avaliação da associação entre o estado nutricional e do sexo com os transtornos de ansiedade foi realizado o teste qui-quadrado. Para todas as análises foi considerado um intervalo de confiança de 95%.

3 RESULTADOS

Foram analisados 131 estudantes. Desses, 58% eram do sexo feminino e 54,2% pertenciam ao grupo dos eutróficos (Tabela 1).

Ao analisar as variáveis, constatou-se que 32,1% dos pesquisados possuem algum TAs. Dentre os transtornos específicos, observou-se maior prevalência do AS, que correspondeu a 46,6% dos pesquisados e menor prevalência do EVE, que correspondeu a 20,6% dos casos analisados (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição do sexo, estado nutricional e transtornos de ansiedade em 131 adolescentes escolares. Campina Grande – PB, 2016.

VARIÁVEIS	n	%
Sexo		
<i>Masculino</i>	55	42,0
<i>Feminino</i>	76	58,0
Estado Nutricional		
<i>Eutróficos</i>	71	54,2
<i>Sobrepeso / Obesidade</i>	60	45,8
Transtornos de Ansiedade (TAs)		
<i>Presença</i>	42	32,1
<i>Ausência</i>	89	67,9
Transtorno do Pânico (TP)		
<i>Presença</i>	49	37,4
<i>Ausência</i>	82	62,6
Transtorno de Ansiedade Generalizada (AG)		
<i>Presença</i>	51	38,9
<i>Ausência</i>	80	61,1
Ansiedade de Separação (AS)		
<i>Presença</i>	61	46,6
<i>Ausência</i>	70	53,4
Transtorno de Ansiedade Social (TAS)		
<i>Presença</i>	28	21,4
<i>Ausência</i>	103	78,6
Evitação Escolar (EVE)		
<i>Presença</i>	27	20,6
<i>Ausência</i>	104	79,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Ao analisar os dados, identificou-se que os TAs estão associados ao sexo feminino, e que o TP e a EVE também apresentaram significância para essa população. Ademais, as mulheres apresentam chances 2 vezes maior de desenvolver TP do que os homens e chances 4,2 vezes maior de mulheres apresentarem EVE em relação aos homens (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição do Estado Nutricional e Transtornos de Ansiedade em 131 adolescentes escolares de acordo com o sexo. Campina Grande – PB, 2016.

VARIÁVEIS	SEXO		RP (IC 95%)	p
	Masculino n (%)	Feminino n (%)		
Estado Nutricional				
<i>Eutróficos</i>	32 (58,2)	39 (51,3)	0,758 (0,376 – 1,525)	0,436
<i>Sobrepeso/ Obesidade</i>	23 (41,8)	37 (48,7)		
Transtornos de Ansiedade (TA)				
<i>Presença</i>	11 (20,0)	31 (40,8)	0,363 (0,162 – 0,811)	0,012
<i>Ausência</i>	44 (80,0)	45 (59,2)		
Transtorno do Pânico (TP)				
<i>Presença</i>	13 (23,6)	36 (47,4)	0,344 (0,160 – 0,741)	0,006
<i>Ausência</i>	42 (76,4)	40 (52,6)		
Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)				
<i>Presença</i>	21 (38,2)	30 (39,5)	0,947 (0,465 – 1,931)	0,881
<i>Ausência</i>	34 (61,8)	46 (60,5)		
Transtorno de Ansiedade de Separação (AS)				
<i>Presença</i>	24 (43,6)	37 (48,7)	0,816 (0,406 – 1,639)	0,568
<i>Ausência</i>	31 (56,4)	39 (51,3)		
Transtorno de Ansiedade Social (TAS)				
<i>Presença</i>	10 (18,2)	18 (23,7)	0,716 (0,301 – 1,702)	0,448
<i>Ausência</i>	45 (81,8)	58 (76,3)		
Evitação Escolar (EVE)				
<i>Presença</i>	4 (7,3)	23 (30,3)	0,181 (0,058 – 0,559)	0,001
<i>Ausência</i>	51 (92,7)	53 (69,7)		

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Constatou-se, ainda, que os transtornos de ansiedade específicos apresentam maior prevalência em adolescentes eutróficos, com exceção TAS que apresenta 23,3% dos adolescentes obesos como portadores desse transtorno. Assim, neste estudo não foi observada associação entre o estado nutricional e os transtornos de ansiedade (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos Transtornos de Ansiedade em 131 adolescentes escolares de acordo com o estado nutricional. Campina Grande – PB, 2016.

	ESTADO NUTRICIONAL		RP (IC 95%)	p
	Eutrófico n (%)	Sobrepeso / Obesidade n (%)		
VARIÁVEIS				
Transtornos de Ansiedade (TA)				
<i>Presença</i>	23 (32,4)	19 (31,7)	0,967	0,929
<i>Ausência</i>	48 (67,6)	41 (68,3)	(0,463 – 2,021)	
Transtorno do Pânico (TP)				
<i>Presença</i>	28 (39,4)	21 (35,0)	0,827	0,601
<i>Ausência</i>	43 (60,3)	39 (65,0)	(0,405 – 1,687)	
Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)				
<i>Presença</i>	29 (40,8)	22 (36,7)	0,838	0,625
<i>Ausência</i>	42 (59,2)	38 (63,3)	(0,414 – 1,700)	
Ansiedade de Separação (AS)				
<i>Presença</i>	35 (49,3)	26 (43,3)	0,787	0,495
<i>Ausência</i>	36 (50,7)	34 (56,7)	(0,394 – 1,569)	
Transtorno de Ansiedade Social (TAS)				
<i>Presença</i>	14 (19,7)	14 (23,3)	1,239	0,615
<i>Ausência</i>	57 (80,3)	46 (76,7)	(0,537 – 2,860)	
Evitação Escolar (EVE)				
<i>Presença</i>	16 (22,5)	11 (18,3)	0,772	0,554
<i>Ausência</i>	55 (77,5)	49 (81,7)	(0,327 – 1,821)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

4 DISCUSSÃO

Apesar dos TAs terem impacto significativo no estilo de vida dos adolescentes, esse tema é pouco explorado pela literatura. Da amostra avaliada, foi encontrada elevada prevalência de TAs tanto no grupo eutrófico quanto no grupo com excesso de peso. Identificou-se que 31,7% dos participantes com excesso de peso apresentam algum tipo de TAs. Esse resultado reforça uma prevalência que já vem sendo observada há alguns anos. Britz et. al. (2000) mostram que 40,8% dos adolescentes com sobrepeso e obesidade apresentam algum tipo de transtorno de ansiedade associado.

Neste estudo, observou-se que o AS é o transtorno de ansiedade específico mais frequente na amostra estudada e apresenta maior prevalência em pessoas do sexo feminino com sobrepeso e/ou obesidade.

O AS está entre os quadros psiquiátricos mais comuns na infância, porém é o sétimo mais comum na vida adulta, pois a maioria dos casos é resolvida antes ou durante a adolescência (FIGUEIROA, 2015; SILVA FILHO, DA SILVA, 2017).

É uma das situações clínicas mais prevalentes dentre os TAs. O pico de início acontece entre 7 e 9 anos de idade e a prevalência é de 3%-5% em crianças e adolescentes, que decresce com a progressão da idade (FIGUEIROA, 2015)

Kinrys e Wygant (2005) em consonância com este estudo, apontam que, além de haver uma maior prevalência de TAs em pessoas do sexo feminino, as apresentações clínicas e as características individuais de cada transtorno pode variar de acordo com o sexo.

No presente estudo, observou-se associação entre o sexo feminino e os TP, EVE e os TAs. Todos os tipos de transtorno de ansiedade apresentaram prevalência mais alta nas mulheres em relação aos homens.

Para Figueiredo (2014) indivíduos com excesso de peso, principalmente mulheres, possuem maior prevalência TAs. Por outro lado, altos níveis de ansiedade podem explicar a etiologia da obesidade. Em suma, pouco se compreende a origem dos fatores que elevam as chances de mulheres desenvolverem um transtorno de ansiedade no decorrer da vida.

A etiologia da doença ainda é controversa, porém fatores genéticos e ambientais têm sua contribuição no que diz respeito ao desenvolvimento desses transtornos, além da intensa atividade hormonal e dos ciclos femininos que podem determinar o desenvolvimento dos TAs em mulheres (BATISTA; DE OLIVEIRA, 2016, DA SILVA FILHO; SILVA, 2017)

Os hormônios femininos têm sua contribuição no que concerne a frequência, gravidade e curso dos TAs. Ainda, os ciclos menstruais, a resposta às situações de medo e perigo desencadeiam maiores respostas emocionais quando comparado ao sexo oposto. Evidências científicas sugerem que isso pode acontecer pelo fato do córtex anterior do giro do cíngulo ser anatomicamente maior e mais ativa nas mulheres, e isso causa respostas emocionais e racionais mais intensas no sexo feminino, elevando as tensões e os níveis de ansiedade (KINRYS, 2005).

Por outro lado, esses resultados podem ser explicados por questões apontam a relevância do papel da mulher e os aspectos emocionais envolvidos nas relações familiares e sociais. Diversas mudanças ocorridas com o passa dos anos, decorrentes dos movimentos sociais, alteraram a posição da mulher na sociedade, especialmente a adolescente, tornando-as tão permissíveis quanto os homens. Assim, ambos contribuem para a imposição de novos modelos de relação social e familiar contemporâneos, reduzindo as perspectivas ocasionam

desgaste emocional e acarreta em acúmulo de tensões que convergem para o desenvolvimento dos TAs e sua prevalência nessa população. (BORSA; NUNES, 2017)

Outros fatores de origem orgânica e condições clínicas não psiquiátricas podem desencadear um TAs, devendo ser realizadas avaliações clínicas e laboratoriais para melhor compreensão do caso. Sinais e sintomas atípicos apresentados pelo adolescente, num quadro de ansiedade, merecem atenção especial para investigação clínica, a exemplo de: vertigem, ausência de consciência, alteração do padrão de marcha, ausência de controle dos esfíncteres, cefaleia, amnésia e disfunção fonética (DA SILVA FILHO; SILVA, 2017).

Em outra análise dos dados deste estudo, constatou-se que 47,4% das adolescentes apresentam TP, mostrando significância para o sexo feminino. Isso reforça a hipótese de Kessler (2005) que, utilizando dados do *National Comorbidity Survey* – NCS nos Estados Unidos, relataram que o transtorno do pânico foi mais prevalente entre mulheres entre 15 e 24 anos. Diversos estudos indicam que as mudanças hormonais inerentes ao sexo feminino têm impacto considerável na etiologia clínica do TP em mulheres.

Nesta pesquisa, verificou-se também que 30,3% das adolescentes apresentaram EVE, mostrando prevalência para o sexo feminino. Isso pode acontecer em decorrência de diversas situações enfrentadas pelas adolescentes no cotidiano escolar, levando-as a perder o interesse em frequentar a escola. O ambiente escolar funciona como palco para diversos fenômenos coletivos, dentre os quais podemos destacar a violência escolar (BANDEIRA; HUTZ, 2012).

Como uma das causas da ausência de vontade de frequentar o ambiente escolar, temos o *bullying*, que traz consigo diferentes consequências na autoestima de meninas e meninos em diferentes situações. (BANDEIRA, 2012)

Ainda para Bandeira e Hutz (2012), no que diz respeito ao sentimento causado pela prática do *bullying*, 48,9% das vítimas relatam ter sentido raiva. Em relação ao gênero, os meninos afirmaram que o fato de serem vítimas de *bullying* não os incomodou. Já para as meninas, os mesmos acontecimentos fizeram com que elas não quisessem mais frequentar a escola. Isso pode explicar o fato da EVE ser mais prevalente no sexo feminino neste estudo.

Ainda, atribuições escolares no que diz respeito aos métodos empregados como forma de avaliação do processo de ensino aprendizagem são bastante frequentes na rotina escolar. Estas situações podem atenuar uma tendência geral nas mulheres de perceberem as situações avaliativas como uma ameaça ao *self* ao invés de entenderem como um desafio, criando um sentimento de incapacidade diante da avaliação e, por conseguinte, o desenvolvimento de sintomas ansiosos. (GONZAGA; DA SILVA, 2017)

Não foi identificada associação entre os TAs e o estado nutricional e as maiores prevalências foram encontradas nos eutróficos. A literatura que aponta essa relação não traz achados conclusivos, além da escassez de estudos que avaliaram a associação de ansiedade com estado nutricional na adolescência. Em consonância com os resultados desse estudo, Hillman et al. (2010), encontraram que a ansiedade está positivamente associada com o sexo em um estudo com adolescentes do sexo feminino.

Baseando-se nas informações coletadas, a prevalência dos transtornos ansiosos nos adolescentes e sua vulnerabilidade biológica e psicossocial exigem manejo habilidoso para assegurar suporte terapêutico de qualidade. Além disso, as particularidades inerentes ao adolescente podem explicar a falta de relação entre o estado nutricional e os transtornos de ansiedade, uma vez que esse período traz características muito específicas que podem afetar as análises. (CRUZ; BORGES, 2017; DA SILVA FILHO; SILVA, 2017)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados da pesquisa, conclui-se que o transtorno de ansiedade social foi mais frequente nos adolescentes sobrepeso/obesos. Além disso, é importante ressaltar que a prevalência de TAs verificada nesse estudo deve ser considerada, principalmente no sexo feminino, uma vez que foi identificada associação com o transtorno do pânico e evitação escolar.

Portanto, pode-se concluir que se faz necessária a investigação de TAs entre os adolescentes, principalmente do sexo feminino, bem como a realização de pesquisas com delineamento longitudinal visando esclarecer a ausência de associação entre estado nutricional e transtornos de ansiedade.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO Americana de Psiquiatria – APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM- 5**. 5.ed. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Porto Alegre: Artmed, 2014. p.189- 234.

BATISTA, Jefferson Isaac; DE OLIVEIRA, Alessandro. Efeitos psicofisiológicos do exercício físico em pacientes com transtornos de ansiedade e depressão. **Revista Corpoconsciência**, v. 19, n. 3, p. 1-10, 2016.

BORSA, Juliane Callegaro; NUNES, Maria Lucia Tiellet. Aspectos psicossociais da parentalidade: o papel de homens e mulheres na família nuclear. **Psicologia Argumento**, v. 29, n. 64, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Em dez anos, obesidade cresce 60% no Brasil e colabora para maior prevalência de hipertensão e diabetes*. **Portal Saúde**, 2017. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/28108-em-dez-anos-obesidade-cresce-60-no-brasil-e-colabora-para-maior-prevalencia-de-hipertensao-e-diabetes>> Acesso em 30 nov. 2017.

BRITZ, B. et al. Rates of psychiatric disorders in a clinical study group of adolescents with extreme obesity and in obese adolescents ascertained via a population based study. **International journal of obesity**, v. 24, n. 12, p. 1707, 2000.

CRUZ, Danilly Rafaelly Martins; BORGES, Lucivanda Cavalcante. A queixa escolar: reflexões sobre o atendimento psicológico. **Psicologia Argumento**, v. 31, n. 72, 2017.

CUNHA, Neide de Brito, et al. Ansiedade e desempenho escolar no ensino fundamental I. **Educação (UFSM)**, v. 42, n. 2, p. 397-410, 2017.

DA SILVA, Guidélia Aparecida; LANGE, Elaine Soares Neves. Imagem corporal: a percepção do conceito em indivíduos obesos do sexo feminino. **Psicologia argumento**, v. 28, n. 60, 2017.

DA SILVA ALMEIDA, Rodrigo et al. O uso dos grupos terapêuticos no tratamento dos transtornos de ansiedade sob o olhar da terapia cognitivo-comportamental. **Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT-ALAGOAS**, v. 3, n. 3, p. 101, 2017.

DA SILVA FILHO, Orli Carvalho; DA SILVA, Mariana Pereira. Transtornos de ansiedade em adolescentes: considerações para a pediatria e hebiatria. **Adolescência e Saúde**, v. 10, n. 3, p. 31-41, 2013.

DE MORAES BANDEIRA, Cláudia; HUTZ, Claudio Simon. *Bullying*: prevalência, implicações e diferenças entre os gêneros. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 16, n. 1, 2012.

DIAS, Costa Lopes da Efigênia Maria et al. Transtorno de ansiedade na adolescência. **Revista Lugares de Educação**, v. 2, n. 4, p. 54-74, 2013.

DO DESTERRO FIGUEIREDO, Maria et al. Comportamento alimentar e perfil psicológico de mulheres obesas. **Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental**, v. 3, n. 3, p. 43-54, 2014.

APA

ENGSTER, Diovana Tais Link. Transtorno de ansiedade generalizada. Trabalho de Conclusão de Curso. **Biblioteca digital da UNIJUÍ**. 2014.

FIGUEROA, Ana et al. Ansiedade de separação. **Tratado de Saúde Mental da Infância e Adolescência da IACAPAP**. 2015.

GONZAGA, Luiz Ricardo Vieira; DA SILVA, Andressa Melina Becker; ENUMO, Sônia Regina Fiorim. Ansiedade de provas em estudantes do Ensino Médio. **Psicologia Argumento**, v. 34, n. 84, 2017.

HILLMAN, Jennifer B.; DORN, Lorah D.; HUANG, Bin. *Association of anxiety and depressive symptoms and adiposity among adolescent females, using dual energy X-ray absorptiometry*. **Clinical pediatrics**, v. 49, n. 7, p. 671-677, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares-POF 2008-2009**. Tabelas de composição nutricional dos alimentos consumidos no Brasil. 2011.

KESLLER, R. C. et al. *Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)*. **Arch Gen Psychiatry**, v. 62, n. 6, p. 617-627, 2005.

KINRYS, Gustavo; WYGANT, Lisa E. Transtornos de ansiedade em mulheres: gênero influencia o tratamento?. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2005.

LOURENÇO, Ana Sofia de Almeida et al. **Ingestão de alimentos como mecanismo de regulação da ansiedade**. 2016. Dissertação de Mestrado.

MANOEL, Cristina Landgraf Lee. Ansiedade competitiva entre sexos: uma análise de suas dimensões e seus antecedentes. **Revista Paulista de Educação Física**, v. 8, n. 2, p. 36-53, 2017.

MEDEIROS, Carla Campos Muniz et al. Nutritional status and habits of life in school children. **J Hum G Develop**, v. 21, n. 3, p. 789-797, 2011.

MENDES, Marília Matasha Morais de Oliveira et al. O impacto dos transtornos de ansiedade na saúde dos trabalhadores da polícia militar. 2017.

MOREIRA, Marcella de A. et al. Excesso de peso e fatores associados em crianças da região nordeste do Brasil. **Jornal de pediatria**, v. 1, n. 1, p. 347-352, 2012.

NOBILE, Gláucia Fernanda Galeazzi; GARCIA, Vagner Angelo; BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini. Análise Sequencial dos comportamentos do terapeuta em psicoterapia com universitários com transtorno de ansiedade social. **Revista Perspectivas**, v. 8, n. 01, p. 16-31, 2017.

PIETROBELLI, A. et al. From birth to adolescence: Vienna 2005 European childhood obesity group international workshop. 2005.

RENTZ-FERNANDES, Aline R. et al. Autoestima, imagem corporal e depressão de adolescentes em diferentes estados nutricionais. **Revista de Salud Pública**, v. 19, n. 1, p. 111-120, 2017

SILVA, Glauciene dos R.; CRUZ, Nilcemar R.; COELHO, Ering Júnior B. Perfil nutricional, consumo alimentar e prevalência de sintomas de anorexia e bulimia nervosa em adolescentes de uma escola da rede pública no município de Ipatinga, MG. **Revista Digital de Nutrição**, v. 2, n. 3, p. 1-15, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE NUTROLOGIA. **Manual de orientação para alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola**. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2008.

SOUSA ALMEIDA, Sebastião; PEROCO ZANATTA, Daniela; FARIA REZENDE, Fabiana. Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 1, 2012.

SOUZA, Maria Augusta Mansur de. Terapia cognitivo-comportamental em grupo para pré-adolescentes com transtornos de ansiedade: desenvolvimento das sessões e avaliação de resposta. 2011

VALENTE, Nina Leão Marques; MELLO, Marcelo Feijó de. Transtorno do pânico. **Rev Bras Med**, v. 70, n. 1/2, 2013.

VASCONCELLOS, Marcelo Barros de; ANJOS, Luiz Antonio dos; VASCONCELLOS, Mauricio Teixeira Leite de. Estado nutricional e tempo de tela de escolares da Rede Pública de Ensino Fundamental de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Publica**, p. 713-722, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Physical status: The use of and interpretation of anthropometry, **Report of a WHO Expert Committee**. 2005.

.

.

.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCARECIDO -TCLE

eu, _____, RG _____, responsável pelo menor _____, RG _____, em pleno exercício dos meus direitos, autorizo o menor sob minha responsabilidade a participar da Pesquisa: **“Impacto do uso de vídeo game ativo, dentro de um protocolo de gamificação, no risco cardiovascular em adolescentes escolares com sobrepeso ou obesidade: um estudo de intervenção randomizado”**. O trabalho tem como pesquisadores responsáveis Diego Silva Patrício, Yggo Ramos de Farias Aires, Elayne Maria Cordeiro Costa, Priscilla Yevellin Barros de Melo, Amanda Soares e Nataly César de Lima Lins, alunos regularmente matriculados no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, sob orientação da Profa. Dra. Carla Campos Muniz Medeiros e Danielle Franklin, ambas do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. O objetivo geral deste estudo é comparar o impacto de duas tecnologias, o uso do videogame ativo com o protocolo de gamificação e o videogame ativo, no risco cardiovascular de adolescentes escolares. Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

1. Entendi os objetivos da pesquisa e a qual instituição de ensino o mesmo pertence.
2. Ao responsável legal pelo(a) menor de idade só caberá a autorização para que realize medidas antropométricas e a coleta sanguínea para exames laboratoriais (bioquímicos) e a realização de entrevistas e aplicação de questionários. Garantindo não haver nenhum risco ou desconforto ao voluntário.
3. Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
4. O responsável legal do menor participante da pesquisa poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
5. Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
6. Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
7. Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimento, o participante poderá contatar a equipe científica no número: (83) 3315-3312 com a Dra. Carla Campos Muniz Medeiros.
8. Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma podendo discutir os dados, com o pesquisador. Vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Campina Grande, _____ de _____ de 2016.



Prof. Dra. Carla Campos Muniz Medeiros

Assinatura do responsável do participante

APÊNDICE B

TERMO DE ASSENTIMENTO - TA

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa: **“Impacto do uso de vídeo game ativo, dentro de um protocolo de gamificação, no risco cardiovascular em adolescentes escolares com sobrepeso ou obesidade: um estudo de intervenção randomizado”**. Neste estudo pretendemos comparar o impacto de duas tecnologias, o uso do videogame ativo com o protocolo de gamificação e o videogame ativo, no risco cardiovascular de adolescentes escolares. O motivo que nos leva a estudar este assunto é a alta porcentagem de desistência ou não-adesão em programas de tratamento para a obesidade juvenil e a utilização de jogos eletrônicos como ferramenta otimizadora para a prática do exercício físico. Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: Serão selecionados 80 adolescentes de escolas públicas do município de Campina Grande-PB onde os mesmos serão alocados em dois grupos experimentais. O grupo experimental gamificado, além de realizar atividades com vídeo games ativos, participará de um protocolo gamificado onde atividades de cooperação e competição serão propostas e outro grupo realizará somente a atividade física por meio do vídeo game ativo. Esse estudo será realizado com 3 intervenções por semana sendo cada sessão com duração de 50 minutos. Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará em qualquer penalidade ou modificação na forma em como é atendido (a) pelo pesquisador que irá tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como: conversar, tomar banho, ler etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Esse termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Esse texto foi elaborado preservando-se os princípios norteados dos direitos fundamentais previstos na Constituição Federal de 1988 e em observância aos Arts. 3º, II, III e IV e 5º, do Código Civil Brasileiro.

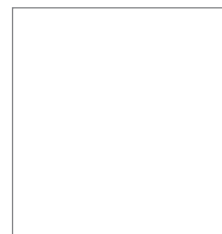
Eu _____, portador do RG: _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara. Sei que qualquer momento poderei solicitar novas informações junto ao pesquisador responsável listado abaixo ou com o mestrando Diego Silva Patrício, Tel: (83) 99859-0509 ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Fones: (83) 3315-3373. Estou ciente que o meu responsável poderá modificar a decisão da minha participação na pesquisa, se assim desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Campina Grande, _____ de _____ de 2016.



Prof. Dra. Carla Campos Muniz Medeiros
 (Responsável pela Pesquisa)

 Assinatura do participante



APÊNDICE C



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS EPIDEMIOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

IMPACTO DO VIDEOGAME ATIVO NO PERFIL CARDIOMETABÓLICO DE ADOLESCENTES COM SOBREPESO OU OBESIDADE: UM ESTUDO DE INTERVENÇÃO

OBSERVAÇÃO: Todos os espaços pintados de cinza devem ser codificados após a realização da entrevista.

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

ESCOLA	<input type="text"/>		
TURMA	<input type="text"/>	TURNO	<input type="text"/>
		Nº QUEST	<input type="text"/>
DENTREV	<input type="text"/>	ENTREVISTADOR	<input type="text"/>

1. DADOS PESSOAIS DO ADOLESCENTE

1.1 Nome (NOME):		
1.2 Data de Nascimento (DN):	1.3 Idade (IDCRI):	1.4 Sexo (SEXO): (1) () M (2) () F
Rua:		Nº:
Bairro:	CEP:	
Cidade / UF:		

Telefone residencial:	Celular:				
1.5 Cor da pele (CORCRI): 1. () Branca 2. () Preta 3. () Amarela 4. () Parda 5. () Indígena 9. () NS/NR					
Nome do pai (PAI):					
Nome da mãe (MAE):					
2. CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL – ABEP					
POSSE DE ITENS					
	Quantidade de Itens (<u>CIRCULE a opção</u>)				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros (BANH)	0	3	7	10	14
Empregados Domésticos (EMPREGA)	0	3	7	10	13
Automóveis (CARRO)	0	3	5	8	11
Microcomputador (COMPUT)	0	3	6	8	11
Lava Louça (LAVALOU)	0	3	6	6	6
Geladeira (GELAD)	0	2	3	5	5
Freezer (FREEZER)	0	2	4	6	6
Lava Roupa (LAVAROU)	0	2	4	6	6
DVD (DVD)	0	1	3	4	6
Micro-ondas (MICROON)	0	2	4	4	4
Motocicleta (MOTO)	0	1	3	3	3
Secadora de Roupas (SECROUP)	0	2	2	2	2
GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA					
Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual				Pts.
Analfabeto/Primário incompleto	Analfabeto/ Fundamental I Incompleto				0
Primário completo/ Ginásial incompleto	Fundamental I Completo/ Fundamental II Incompleto				1
Ginásial completo/ Colegial incompleto	Fundamental II Completo/ Médio Incompleto				2
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio completo/ Superior Incompleto				4
Superior completo	Superior completo				8

SERVIÇOS PÚBLICOS			
		NÃO	SIM
Água Encanada		0	4
Rua Pavimentada		0	2
CODIFICAÇÃO (Não preencher na hora da entrevista)			
Total de Pontos: _____ (PTOSCHEFE) 2. Classe: _____ (CLASCHEF)			
Classe	Total de pontos	Classe	Total de pontos
(5) A	45-100	(2) C1	23-28
(4) B1	38-44	(1) C2	17-22
(3) B2	29-37	(0) D - E	0-16
3. HÁBITOS			
3.1 Tabagismo			
Quantidade ao dia (em média, no último mês)? _____ cigarros/dia			(CIGARROS)
0. () fumante: \geq 1 cigarro/dia nos último mês 1. () não-fumante 9. () NS/NR			
(TABAGIS)			

4. ANTECEDENTES FAMILIARES			
4.1 Obesidade (AFOBESID)	0. () Sim 1. () Não 9. () NS/NR	1. () Mãe 2. () Pai 3. () Irmão/a 4. outros _____	
4.2 Diabetes (AFDM)	0. () Sim 1. () Não 9. () NS/NR	1. () Mãe 2. () Pai 3. () Irmão/a 4. outros _____	
Caso sim, qual a idade do diagnóstico? (IDAFDM)		_____ anos	
4.3 IAM (AFIAM)	0. () Sim 1. () Não 9. () NS/NR	1. () Mãe 2. () Pai 3. () Irmão/a 4. outros _____	
Qual a idade? (IDAFIAM)		_____ anos	
4.4 Morte súbita (AFMSUB)	0. () Sim 1. () Não 9. () NS/NR	1. () Mãe 2. () Pai 3. () Irmão/a 4. outros _____	
Qual a idade? (IDAFMSUB)		_____ anos	
4.5 AVC (AFAVC)	0. () Sim 1. () Não 9. () NS/NR	1. () Mãe 2. () Pai 3. () Irmão/a 4. outros _____	
Qual a idade? (IDAFAVC)		_____ anos	

4.6 HAS (AFHAS)	0. () Sim 1. () Não 9. () NS/NR	1. () Mãe 2. () Pai 3. () Irmão/a 4. outros _____ (QMAFHAS)
4.7 Hipercolesterolemia (AFCOL)	0. () Sim 1. () Não 9. () NS/NR	1. () Mãe 2. () Pai 3. () Irmão/a 4. outros _____ (QMAFCOL)
4.8 Hipertrigliceridemia (AFTG)	0. () Sim 1. () Não 9. () NS/NR	1. () Mãe 2. () Pai 3. () Irmão/a 4. outros _____ (QMAFTG)

Data da Coleta: ____ / ____ / ____		
5. ANTROPOMETRIA		
Peso 1:	Peso2:	Média Peso:
Estatura 1:	Estatura 2:	Média Estatura:
IMC:	Z-Escore:	Estado Nutricional:
C. Abdominal 1:	C. Abdominal 2:	Média da C. Abdominal:
Percentil da C. Abdominal:		

Data da Coleta: ____ / ____ / ____							
6. MONITORIZAÇÃO CARDIOVASCULAR							
PAS1:		PAS2:		PAS3:		Média PAS:	
PAD1:		PAD2:		PAD3:		Média PAD:	
FC1:		FC2:		FC3:		Média FC:	

FCr:	Mínima:	Média da FCr:	FCmáx	
	Máxima:			
Intensidade para Atividade Física				
	Leve			
	Moderada			
	Intensa			

7. ESCORE PDAY				
Idade (anos)	Pts.	Tabagismo	Pts.	
15 – 19	0	Sem tabagismo	0	
20 – 24	5	Tabagista	1	
25 – 29	10			
30 – 34	15	Pressão arterial	Pts.	
		Normotenso	0	
		PA elevada	4	
Sexo	Pts.			
Masculino	0	Obesidade (IMC)	Pts.	
Feminino	-1	Homens		
		IMC \leq 30 kg/m ²	0	
		IMC > 30kg/m ²	6	
Não – HDL (CT)	Pts.	Mulheres		
< 130	0	IMC \leq 30 kg/m ²	0	
130 – 159	2	IMC > 30kg/m ²	0	
160 – 189	4			
190 – 219	6			
\geq 220	8	Hiperglicemia	Pts.	
		Glicemia de jejum < 126 mg/dL e Glicohemoglobina < 8%	0	
		Glicemia de jejum \geq 126mg/dL ou Glicohemoglobina \geq 8%	5	
HDL (mg/dL)	Pts.			

< 40	1		
40 – 59	0	9. TOTAL DE PONTOS (PTOPDAY)	
≥ 60	- 1	9.1 PROBABILIDADE A (%) (PDAYA)	
		9.2 PROBABILIDADE B (%) (PDAYB)	

Observações -

Crítica e codificação

Nome: _____ Data: ___/___/___

Digitação 1

Nome: _____ Data: ___/___/___

Digitação 2

Nome: _____ Data: ___/___/___

ANEXOS

**ANEXO A - QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DE ANSIEDADE INFANTIL
(QTAI-C)**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS EPIDEMIOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**IMPACTO DO VIDEOGAME ATIVO NO PERFIL CARDIOMETABÓLICO DE
ADOLESCENTES COM SOBREPESO OU OBESIDADE: UM ESTUDO DE
INTERVENÇÃO**

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DE ANSIEDADE

ESCOLA	<input type="text"/>		
TURMA	<input type="text"/>	TURNO	<input type="text"/>
		Nº QUEST	<input type="text"/>
DENTREV	<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>

INSTRUÇÕES

Abaixo está uma lista de frases que descrevem como as pessoas se sentem. Leia cada frase e decida se ele é "Não verdadeira ou quase nunca verdadeira" para categoria 0, "Um pouco verdadeira ou às vezes verdadeira" para categoria 1 ou "Muito Verdadeiro ou muitas vezes verdadeira" para categoria 2. Então, para cada frase, marque um X que corresponde à categoria que melhor lhe descreve, durante os últimos 3 meses.

	0 Não verdadeira ou quase nunca verdadeira	1 Um pouco verdadeira ou às vezes verdadeira	2 Muito verdadeira ou muitas vezes verdadeira	
1. Quando tenho medo, não posso respirar bem				TP
2. Quando estou na escola, sinto dores de cabeça				EV
3. Não gosto de estar com pessoas que não conheço bem				TAS
4. Quando durmo em uma casa que não a minha, fico com medo				AS
5. Preocupa-me saber se agrado bem às pessoas				AG
6. Quando tenho medo, sinto que vou desmaiar				TP
7. Sou uma pessoa nervosa				AG
8. Acompanho meus pais aonde eles vão				AS

	0 Não verdadeira ou quase nunca verdadeira	1 Um pouco verdadeira ou às vezes verdadeira	2 Muito verdadeira ou muitas vezes verdadeira	
9. As pessoas me dizem que sou nervoso (a)				TP
10. Fico nervoso(a) quando estou com pessoas que não conheço				TAS
11. Quando estou na escola, sinto dores na barriga				EV
12. Quando tenho muito medo, sinto-me como se fosse enlouquecer				TP
13. Preocupo-me quando tenho que dormir sozinho(a)				AS
14. Preocupa-me ser tão bom (boa) com os demais colegas				AG
15. Quando tenho medo, sinto como se as coisas fossem diferentes				TP
16. À noite sonho que coisas ruins vão acontecer aos meus pais				AS
17. Preocupa-me ter que ir à escola				EV
18. Quando tenho medo, meu coração bate muito rápido				TP
19. Tremo				TP
20. À noite tenho pesadelos em que me vão acontecer coisas ruins				AS
21. Preocupa-me pensar em como vou resolver meus problemas				AG
22. Transpiro muito quando tenho medo				TP
23. Preocupo-me em demasia				AG
24. Preocupo-me sem motivos				TP
25. Dá-me medo estar sozinho(a) em casa				AS
26. Custa-me falar com pessoas que não conheço				TAS
27. Quando tenho medo, sinto como se não pudesse engolir				TP
28. As pessoas me dizem que eu me preocupo demais				AG

	0 Não verdadeira ou quase nunca verdadeira	1 Um pouco verdadeira ou às vezes verdadeira	2 Muito verdadeira ou muitas vezes verdadeira	
29. Não gosto de estar longe de minha família				AS
30. Tenho medo de ter pânico				TP
31. Preocupa-me pensar que algo de ruim vai acontecer aos meus pais				AS
32. Dá-me vergonha estar com pessoas que não conheço				TAS
33. Preocupa-me o futuro				AG
34. Quando tenho medo, sinto vontade de vomitar				TP
35. Preocupa-me saber se faço bem as coisas				AG
36. Tenho medo de ir à escola				EV
37. Preocupam-me os fatos que já passaram				AG
38. Quando tenho medo, sinto-me enjoado (a), tonto (a)				TP
39. Sinto-me nervoso quando estou com outras crianças ou adultos e eu tenho que fazer algo enquanto eles me ver (por exemplo: ler em voz alta, falar, desempenhar um jogo, jogar um esporte)				TAS
40. Sinto-me nervoso quando eu vou a festas, danças, ou em qualquer lugar onde haverá pessoas que não me conhecem bem				TAS
41. Eu sou tímido				TAS

Escore

A pontuação total de ≥ 25 pode indicar a presença de um **Transtorno de Ansiedade**. Pontuações superiores a 30 são mais específicos. TOTAL = _____

Uma pontuação de 7 para os itens 1, 6, 9, 12, 15, 18, 19, 22, 24, 27, 30, 34, 38 podem indicar **Transtorno do Pânico** ou **sintomas somáticos**. TP = _____

Uma pontuação de 9 para os itens 5, 7, 14, 21, 23, 28, 33, 35, 37 podem indicar **Transtorno de Ansiedade Generalizada**. AG = _____

Uma pontuação de 5 para os itens 4, 8, 13, 16, 20, 25, 29, 31 podem **indicar Ansiedade de separação**.

AS = _____

Uma pontuação de 8 para os itens 3, 10, 26, 32, 39, 40, 41 podem indicar **Transtorno de Ansiedade Social**. TAS = _____

A pontuação de 3 para os itens 2, 11, 17, 36 podem indicar **Significativa Evitação Escolar**. EV = _____