

# Comparação entre a prevalência de transtornos mentais em pacientes obesos e com sobrepeso

*Comparison between the prevalence of mental disorders in obese and overweight patients*

Louise Deluiz Verdolin<sup>1</sup>, Alice Rodrigues de Sá Borner<sup>1</sup>, Renato de Oliveira Guedes Junior<sup>2</sup>, Tatiana Fernandes Carpinteiro da Silva<sup>3</sup>, Terezinha de Souza Agra Belmonte<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Médicas formadas pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Residentes de Clínica Médica do Hospital Universitário Antônio Pedro, Rio de Janeiro/RJ.

<sup>2</sup> Acadêmico da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

<sup>3</sup> Médica Psiquiatra. Mestre em Saúde Coletiva e Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ.

<sup>4</sup> Médica Psiquiatra. Mestre em Endocrinologia pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ. Professora Adjunta da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

Trabalho financiado pelo Programa de Iniciação Científica da UNIRIO.

## RESUMO

**Objetivos:** Avaliar as características sociodemográficas e a prevalência de transtornos mentais em pacientes com sobrepeso e obesidade.

**Métodos:** Este estudo transversal foi realizado no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, da cidade do Rio de Janeiro, sendo incluídos pacientes com índice de massa corporal  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>, atendidos no ambulatório de endocrinologia entre 2008 e 2010. Utilizou-se instrumento estruturado para o diagnóstico psiquiátrico e critérios da Organização Mundial de Saúde na definição de índice de massa corporal e circunferência de cintura.

**Resultados:** Foram entrevistados 153 pacientes, sendo a maioria do sexo feminino (86,9%). Observou-se sobrepeso em 38,6% dos casos, obesidade em 46,4% e obesidade grave em 15%. Transtornos de ansiedade ocorreram em 49,2% dos pacientes com sobrepeso e em 67% dos obesos ( $p < 0,05$ ). Transtornos depressivos ocorreram em 22,7% dos pacientes com circunferência da cintura aumentada e em 49,6% dos que tinham circunferência da cintura muito aumentada ( $p < 0,05$ ). Obesidade grave associou-se com risco para fobia social ( $p = 0,001$ , OR=4,8 IC95% 1,7-13,5), perturbação de pânico atual com agorafobia ( $p = 0,02$ , OR=3,7 IC95% 1,1-12,4) e distímia ( $p = 0,006$ , OR=6,6 IC95% 1,5-28,7).

**Conclusões:** Transtornos ansiosos foram mais prevalentes em pacientes obesos quando comparados aos pacientes com sobrepeso, alguns transtornos psíquicos associaram-se a obesidade grave e transtornos depressivos foram mais prevalentes em pacientes com circunferência da cintura muito aumentada. Estes resultados reafirmam a importância de considerar a abordagem psiquiátrica no manejo clínico da obesidade.

**DESCRIPTORIOS:** OBESIDADE; SOBREPESO; CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA; ÍNDICE DE MASSA CORPORAL; TRANSTORNOS MENTAIS; ENTREVISTA PSQUIÁTRICA PADRONIZADA; PREVALÊNCIA; ESTUDOS TRANSVERSAIS.

## ABSTRACT

**Aims:** To assess the sociodemographic characteristics and prevalence of mental disorders in patients with overweight and obesity.

**Methods:** This cross-sectional study was conducted at the Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, in the city of Rio de Janeiro, and included patients with body mass index  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>, attended at the endocrinology outpatient clinic between 2008 and 2010. We used a structured instrument for the psychiatric diagnosis and criteria of the World Health Organization definition of body mass index and waist circumference.

**Results:** There were 153 respondents, the majority being female (86.9%). Overweight was observed in 38.6% of cases, obesity and severe obesity 46.4% 15%. Anxiety disorders occurred in 49.2% of overweight patients and 67% of obese subjects ( $p < 0.05$ ). Depressive disorders occurred in 22.7% of patients with increased waist circumference and 49.6% of those who had greatly increased waist circumference ( $p < 0.05$ ). Severe obesity was associated with risk for social phobia ( $p = 0.001$ , OR=4.8, 95%CI 1.7-13.5), current panic disorder with agoraphobia ( $p = 0.02$ , OR=3.7, 95%CI 1.1-12.4) and dysthymia ( $p = 0.006$ , OR=6.6, 95%CI 1.5-28.7).

**Conclusions:** Anxiety disorders were more prevalent in obese patients when compared to overweight patients, some mental disorders were associated with severe obesity, and depressive disorders were more prevalent in patients with severely increased waist circumference. These results reaffirm the importance of considering the psychiatric approach in the clinical management of obesity.

**KEY WORDS:** OBESITY; OVERWEIGHT; WAIST CIRCUMFERENCE; BODY MASS INDEX; MENTAL DISORDERS; MENTAL STATUS SCHEDULE; PREVALENCE; CROSS-SECTIONAL STUDIES.

Recebido: outubro de 2011; aceito: fevereiro de 2012.

Endereço para correspondência/Corresponding Author:

LOUISE DELUIZ VERDOLIN  
Rua Haddock Lobo 401, apt 302, Tijuca  
CEP 20260141, Rio de Janeiro, RJ, Brasil  
Telefone: (21)2264-5951  
E-mail: louiseverdolin@bol.com.br

## INTRODUÇÃO

A obesidade é atualmente considerada um problema de saúde pública. Dados de 2002 e 2003 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística indicam que 41,1% da população masculina e 40% da população feminina brasileira apresentavam excesso de peso e cerca de 9% da população masculina e 13% da população feminina estavam obesas.<sup>1</sup> A prevalência de indivíduos com obesidade grave em 2003 era de 0,64% entre os brasileiros acima de 20 anos. Em 1999 o índice era de 0,33% e, em 1975, de 0,18%. A evolução relativa de 255% desde a década de 1970 sinaliza uma tendência de crescimento do problema para os anos seguintes. Neste panorama percebe-se a importância dessa doença. Seu controle é considerado um dos maiores desafios atuais, devido a sua tendência de crescimento e consequências importantes para a saúde.<sup>2</sup>

A obesidade tem sido associada a diversos distúrbios de ordem física, como síndrome metabólica, neoplasias e eventos cardiovasculares, sendo o índice de massa corporal (IMC) citado como o maior preditor de risco para diabetes.<sup>3,4</sup> Enquanto as consequências físicas da obesidade têm sido bem estudadas, os seus aspectos psiquiátricos ainda são pouco compreendidos, embora existam relatos, alguns bem antigos, da associação entre estes dois distúrbios. As implicações da obesidade transcendem o plano físico do ser humano, atingindo também a sua mente. A obesidade como um sintoma de alteração emocional foi inicialmente observada, na França, no século XIX, sendo relacionada a períodos de grande estresse emocional. Com as guerras mundiais, percebeu-se que mulheres que passavam por um período longo de incerteza, ou perdiam entes queridos, tinham tendência a aumentar de peso, não explicada somente pelas questões calóricas. Nessa época, era comum o uso da palavra *Kummerspeck*, que significa “gordo de tristeza”.<sup>5</sup>

Atualmente não se pode afirmar que a obesidade seja causa ou consequência de transtornos psiquiátricos. Por exemplo, depressão pode causar obesidade por mudar hábitos alimentares ou reduzir a atividade física. Já a obesidade pode predispor a depressão devido à percepção negativa da imagem corporal. Existem poucos estudos epidemiológicos examinando a relação entre IMC e transtornos mentais. A maioria encontra associação com depressão e distúrbios de ansiedade.<sup>6-9</sup> O próprio estigma relacionado à obesidade pode ser um fator influenciador no desenvolvimento das enfermidades mentais.<sup>6-14</sup>

Considerando a associação entre obesidade e transtornos mentais previamente descrita na literatura, estudar seus pormenores é de grande importância para

o tratamento do paciente obeso ou com sobrepeso. Este estudo visou avaliar a prevalência de transtornos mentais nos pacientes com sobrepeso e obesidade atendidos no ambulatório de endocrinologia de um hospital universitário do Rio de Janeiro, bem como suas características sociodemográficas.

## MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal no Hospital Universitário Gaffrêe e Guinle, localizado na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, no período de fevereiro de 2008 a fevereiro de 2010. A população do estudo foi composta por todos os pacientes atendidos durante o período do estudo no ambulatório de endocrinologia, com idade superior a 18 anos e com IMC maior ou igual a 25 kg/m<sup>2</sup>. Foram excluídos apenas os pacientes que se recusaram a participar da pesquisa.

O estudo foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Gaffrêe e Guinle, sendo aprovado em 10 de maio de 2007. Os casos foram identificados através de um código numérico e a lista com o nome de cada participante foi mantida em sigilo pela pesquisadora principal. Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados sociodemográficos (nacionalidade, naturalidade, bairro onde reside, idade, data de nascimento, cor, sexo, estado civil, número de filhos, escolaridade, atividade ocupacional e religião) e a informação sobre presença de comorbidades foram coletados sob forma de entrevista.

A verificação dos transtornos psiquiátricos foi realizada através do *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) versão 4.4, traduzido para o português e validado por Patrícia Amorim.<sup>11</sup> É um instrumento estruturado, padronizado, composto por questões que investigam sintomas e síndromes psiquiátricas, gerando diagnóstico atual. O instrumento pode ser aplicado após treinamento breve, e sua aplicação dura cerca de 15 minutos.

O peso e altura foram avaliados utilizando balança biométrica calibrada e serviram ao cálculo do IMC através da fórmula peso (kg)/altura (m)<sup>2</sup>. O indivíduo foi pesado sem casacos, sapatos ou acessórios. Cada paciente foi inserido em uma classe de IMC: sobrepeso ou pré-obeso, IMC ≥ 25 a 29,9 kg/m<sup>2</sup>; obesidade classe I e II, IMC ≥ 30 a 39,9 kg/m<sup>2</sup>; e obeso classe III (obesidade grave), IMC ≥ 40 kg/m<sup>2</sup>.<sup>12</sup>

A circunferência da cintura (CC) foi medida em centímetros, no ponto médio entre a crista ilíaca e a borda inferior do último arco costal nos pacientes de pé, em postura ereta, abdome relaxado, braços ao lado do corpo e com os pés juntos, com o auxílio de uma fita

métrica metálica flexível.<sup>8</sup> O risco para complicações metabólicas foi classificado de acordo com a medida da CC, conforme diretrizes da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia,<sup>12</sup> sendo considerado aumentado com CC  $\geq 94$  cm em homens e  $\geq 80$  cm em mulheres (considerada aqui CC aumentada) e substancialmente aumentado com CC  $\geq 102$  cm em homens e  $\geq 88$  cm em mulheres (considerada aqui CC muito aumentada).

A coleta de dados foi realizada pelos pesquisadores do estudo, que obtiveram treinamento em todos os instrumentos utilizados. Os pacientes com idade superior a 18 anos que se encontravam em tratamento no ambulatório foram informados sobre a finalidade do estudo e convidados a participar da pesquisa. Após a concordância em participar e a assinatura do termo de consentimento, cada participante foi submetido às avaliações antropométricas e ao instrumento diagnóstico de transtornos mentais, na seguinte ordem: peso, altura, CC, questionário sociodemográfico e MINI. Quando o IMC não foi superior a 25 kg/m<sup>2</sup> a aplicação dos outros instrumentos não ocorreu.

A análise estatística foi realizada no programa SPSS 11.0.1 (*Statistical Package for the Social Sciences*) através do Teste Qui-Quadrado e Teste de Fischer para variáveis categóricas e Teste T para variáveis contínuas, sendo considerados estatisticamente significativos resultados com valor de p menor ou igual a 0,05. Foram estimados os *Odds Ratio* (OR) e os respectivos Intervalos de Confiança de 95%.

## RESULTADOS

Foram abordados 156 pacientes, sendo que três se recusaram a participar do estudo. Dos 153 entrevistados, a maior parte era do sexo feminino (15 mulheres:1 homem), cor da pele branca, faixa etária 40-59 anos (média de 54,5 anos), casada, natural do Rio de Janeiro e empregada. Apresentavam escolaridade geralmente baixa, sendo que a maioria cursou até o ensino fundamental completo. Observou-se sobrepeso em 38,6% dos casos, obesidade em 46,4% e obesidade grave em 15%. A prevalência de obesidade aumentou da faixa etária mais baixa para a intermediária, sendo que após os 60 anos regrediu. (Tabela 1)

Diversas comorbidades foram relatadas pelos pacientes. A mais frequente foi a hipertensão arterial, referida por 97 (63,3%) pacientes, seguida pelo diabetes mellitus, citada por 81 (52,9%) e alterações tireoidianas por 39 (25,5%) pacientes. A prevalência de transtornos alimentares foi de 2% (3 pacientes). Não foi encontrada relação entre presença de comorbidades e transtornos mentais.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas, comorbidades e circunferência da cintura de 153 pacientes com sobrepeso ou obesidade atendidos no ambulatório de endocrinologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, Rio de Janeiro, 2008-2010.

Variáveis	Sobrepeso N= 59	%	Obesidade N=94	%	Total
Sexo					
Masculino	11	18,6%	9	9,6%	13,1%
Feminino	48	81,4%	85	90,4%	86,9%
Idade (anos)					
$\geq 60$	23	39,0%	28	29,8%	33,3%
40 - 59	30	50,8%	55	58,5%	55,6%
18 - 39	6	10,2%	11	11,7%	11,1%
Ocupação					
Aposentado	21	35,6%	23	24,5%	28,7%
Empregado	24	40,7%	37	39,4%	39,9%
Desempregado	2	3,4%	4	4,2%	3,9%
Do lar	12	20,3%	30	31,9%	27,5%
Cor da pele					
Branca	39	66,1%	49	52,1%	57,5%
Não branca	20	33,9%	45	47,9%	42,5%
Escolaridade					
Pelo menos ensino médio incompleto	27	45,8%	45	47,9%	47,1%
Ensino fundamental incompleto	32	54,2%	49	52,1%	52,9%
Estado Civil					
Casado	33	55,9%	44	46,8%	50,4%
Divorciado/viúvo	10	16,9%	28	29,8%	24,8%
Solteiro	16	27,2%	22	23,4%	24,8%
Comorbidade					
Ausente	7	11,9%	11	11,7%	11,8%
Presente	52	88,1%	83	88,3%	88,2%
Circunferência da cintura muito aumentada ( $\geq 102$ cm em homens e $\geq 88$ cm em mulheres)					
	40	67,8%	91	96,8%	85,6%

Com relação aos transtornos mentais evidenciados pelo MINI, observou-se um predomínio dos transtornos do humor e transtornos ansiosos, com destaque para transtorno depressivo maior, ansiedade generalizada, agorafobia atual sem história de perturbação de pânico e fobia social. Os pacientes obesos apresentaram significativamente mais transtornos ansiosos quando comparados aos pacientes com sobrepeso (Tabela 2).

**Tabela 2.** Transtornos mentais observados em 153 pacientes com sobrepeso ou obesidade atendidos no ambulatório de endocrinologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, Rio de Janeiro, 2008-2010. Alguns pacientes apresentavam mais de um transtorno mental.

Transtornos mentais	Sobrepeso N=59	%	Obesidade N=94	%	p	OR	IC
Depressivos	25	42,4%	45	47,9%	0,40	0,75	0,36-1,56
Maníacos	13	22,0%	23	24,5%	0,80	0,92	0,37-2,27
Ansiedade	29	49,2%	63	67,0%	<b>0,03*</b>	0,48	0,24-0,93
Psicóticos	8	13,6%	6	6,38%	0,14	2,3	0,76-7,00
Alimentares	2	3,39%	1	1,06%	0,34	3,26	0,29-36,8
Álcool/Drogas	0	0,00%	2	2,13%	0,71	0,003	0,01-7,7
Risco de suicídio	7	11,9%	14	14,9%	0,07	1,50	0,29-2,03

\* Diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

Ao analisar isoladamente a obesidade grave observou-se aumento do risco para fobia social ( $p=0,001$ , OR=4,8 IC95% 1,7-13,5), perturbação de pânico atual com agorafobia ( $p=0,02$ , OR=3,7 IC95% 1,1-12,4) e distímia ( $p=0,006$ , OR=6,6 IC95% 1,5-28,7). Todas as associações significativas foram encontradas nos pacientes com IMC  $\geq 40$ .

Todos os pacientes tinham CC aumentada (22 pacientes) ou muito aumentada (131 pacientes). A CC foi avaliada como muito aumentada em 40 (68%) pacientes com sobrepeso e 91 (97%) com obesidade ( $p < 0,05$ ). Foi observada associação significativa de CC muito aumentada com transtornos depressivos (Tabela 3).

**Tabela 3.** Transtornos mentais conforme a medida da circunferência da cintura, em 153 pacientes com sobrepeso ou obesos, atendidos no ambulatório de endocrinologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, Rio de Janeiro, 2008-2010. Alguns pacientes apresentavam mais de um transtorno mental.

Transtornos mentais	CC aumentada N=22	%	CC muito aumentada N=131	%	p
Depressivos	5	22,7%	65	49,6%	<b>0,04*</b>
Maníacos	7	31,8%	29	22,1%	0,73
Ansiedade	11	50,0%	81	61,8%	0,98
Psicóticos	0	0,00%	14	10,7%	0,75
Alimentares	1	4,55%	2	1,53%	0,09
Álcool/Drogas	0	0,00%	2	1,53%	0,92
Risco de suicídio	2	9,09%	19	14,5%	0,73

CC: circunferência da cintura.

CC aumentada:  $\geq 94$  cm em homens e  $\geq 80$  cm em mulheres.

CC muito aumentada:  $\geq 102$  cm em homens e  $\geq 88$  cm em mulheres.

\* Diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

## DISCUSSÃO

O predomínio de mulheres entre os pacientes obesos ou com sobrepeso concorda com dados de literatura. Por exemplo, um estudo que abordou obesos graves em um ambulatório de cirurgia bariátrica numa cidade do Nordeste brasileiro encontrou padrão semelhante, com 74% da amostra formada por mulheres, sendo a idade média um pouco inferior ( $35 \pm 8,6$  anos), podendo indicar que as mulheres procuram mais o tratamento para obesidade.<sup>13</sup> Já um estudo realizado no Sul do país revelou que a obesidade aumentou com a idade no sexo feminino, enquanto no sexo masculino atingiu um pico aos 40 anos, estabilizando-se posteriormente.<sup>14</sup>

O predomínio feminino de obesidade/sobrepeso pode ser explicado pela flutuação hormonal durante a vida da mulher. O consumo calórico é menor no período periovulatório devido ao aumento do estradiol, e maior no pré-menstrual, quando a progesterona está aumentada.<sup>15</sup> Episódios de transtorno de compulsão alimentar periódico (“*binge eating*”) também ocorrem mais no período pré-menstrual, onde há menos serotonina circulando.<sup>16</sup> Além disso, a própria testosterona tem efeitos opostos nos sexos, fato ainda não elucidado na literatura. Tratamento com testosterona, nos homens, causa a perda de gordura e aumento da massa magra. Já nas mulheres, níveis elevados desse hormônio relacionam-se ao aumento da obesidade abdominal e à resistência insulínica.<sup>15</sup>

Não houve diferença significativa entre os sexos no que diz respeito à presença de transtornos mentais, assim como em outro estudo publicado.<sup>7</sup> Porém esta associação foi observada em um estudo transversal, no qual houve associação entre obesidade e depressão/distúrbios de ansiedade na população feminina, mas não na masculina, na Nova Zelândia e no Líbano.<sup>17</sup>

Há outros relatos de que a depressão estaria associada à obesidade somente em mulheres. Na literatura existem diversas explicações para esta relação. As mulheres parecem ser mais afetadas pela obesidade devido ao estigma trazido por esse distúrbio e pela influência da mídia em exaltar a magreza como o padrão estético atual. Além disso, podem desenvolver a paradoxal desinibição alimentar provocada pela restrição dietética, ou ao comer emocional (“*emotional eating*”) – uma tendência a comer excessivamente em resposta a emoções negativas, e são mais suscetíveis ao transtorno de compulsão alimentar periódico sem o comportamento compensatório.<sup>18,19</sup>

A cor de pele mais frequente no estudo foi a branca, em todas as categorias de IMC aumentado, embora não havendo grupo controle de não obesos da mesma população para podermos avaliar se este resultado representa uma tendência a ocorrer mais obesidade em brancos. Em um estudo americano, essa situação foi encontrada.<sup>6</sup> Entretanto, em outro trabalho, a raça negra foi a mais frequente entre os obesos, e associou-se a transtornos de humor em 14% dos sujeitos entrevistados, enquanto nos brancos ocorreu em 24,4%. Já em relação aos transtornos de ansiedade em negros e brancos obesos, a prevalência foi de respectivamente 8,7% e 12,4%.<sup>7</sup>

Neste estudo, o estado civil não mostrou diferença entre obesos e pessoas com sobrepeso. Entretanto, a comparação aqui foi entre dois grupos com peso excessivo, enquanto em um estudo que incluía os indivíduos classificados como magro e normal pelo IMC, notou-se que a maioria dos indivíduos com sobrepeso a obesidade eram casados e os indivíduos mais magros tinham menor probabilidade de estarem casados. Além disso, dentro da categoria divórcio, os obesos graves apresentavam maior prevalência.<sup>6</sup>

A escolaridade da maioria dos pacientes era baixa. Não foi observada diferença entre o nível educacional e de obesos e pessoas com sobrepeso neste estudo. Em outros trabalhos, o grupo com maior escolaridade apresentava menor prevalência de obesidade.<sup>6,7,14</sup> Isso pode ser justificado considerando a auto-percepção de ganho ponderal e do estigma social trazido pela obesidade é mais identificada por pacientes com níveis educacionais elevados.<sup>14</sup> Na maioria dos estudos, entretanto, o grupo controle era composto por indivíduos com IMC normal.<sup>6,7,14</sup>

Em relação à atividade ocupacional, ser “do lar” apresentou uma porcentagem um pouco maior de obesos (embora não estatisticamente significativa). De maneira similar, um trabalho brasileiro observou que 97,5% dos pacientes com sobrepeso ou obesidade avaliados realizavam atividades profissionais leves a

moderadas, contribuindo para diminuição do gasto energético diário e para o excesso de peso. O fato de se estar empregado e trabalhando, além de proteger do acúmulo de adiposidade abdominal, pode significar ter melhores condições de saúde, já que a obesidade abdominal aumenta o risco de doenças crônicas, que por sua vez aumentam o absenteísmo, que pode levar ao desemprego. Também, não se pode descartar a possibilidade de discriminação na contratação de obesos seja ela na região abdominal ou geral.<sup>19,20</sup>

Observou-se associação entre a CC aumentada e a obesidade, dado compreensível já que esta está diretamente associada ao aumento do IMC. Já foi descrita a associação de CC aumentada com alto risco para diabetes, dislipidemia, hipertensão e doenças cardiovasculares.<sup>19</sup> A CC muito aumentada mostrou associação com transtornos depressivos neste trabalho. Altemburg<sup>21</sup> observou que a CC apresentava correlação inversa com a depressão, ou seja, quanto maior a CC os pacientes apresentavam menos sintomas depressivos. Essa autora sugeriu que os obesos acomodam-se na condição de depressão, apresentando uma ausência de reação ao ganho ponderal, uma apatia. Sabe-se que depressão, ansiedade e estresse são condições que podem surgir quando do enfrentamento de uma nova situação. Os resultados do estudo sugerem que há uma acomodação do indivíduo às pressões causadas pelo aumento ponderal, no qual os pacientes tornam-se hiporreativos frente a sua condição.<sup>21</sup>

Na literatura existem divergências quanto à associação de transtornos de humor e ansiedade com obesidade. Neste estudo pode-se perceber que houve alta frequência de transtornos mentais tanto em pacientes com sobrepeso como obesidade. Entre indivíduos obesos que procuram tratamento, vários estudos relataram índices elevados de depressão, índices mais modestos de transtornos de ansiedade (incluindo agorafobia, fobia simples e transtorno de estresse pós-traumático), bulimia, tabagismo e transtorno de personalidade borderline.<sup>6,7,22,23</sup> Dixon et al.<sup>8</sup> avaliaram a relação entre depressão antes e após a cirurgia bariátrica em 487 pacientes, encontrando maior risco de depressão em mulheres jovens extremamente obesas com uma avaliação ruim da própria imagem corporal. Além disso, houve redução dos índices de depressão com a perda de peso, apoiando a hipótese que a obesidade severa agrava a depressão. Esse estudo não excluiu, porém, a hipótese de que a obesidade pode ser causada ou agravada pela depressão.<sup>8</sup>

Em outro estudo, houve associação estatisticamente significativa de transtornos de humor e ansiedade com obesidade, em uma população de 9.125 adultos americanos. Entretanto, o autor ressalta que as associa-

ções foram modestas, com OR variando de 1,2 a 1,5.<sup>7</sup> Já na análise de 560 pacientes americanos portadores de transtornos psiquiátricos graves, constatou-se prevalência de obesidade muito superior à da população local.<sup>22</sup> A partir de um inquérito nacional do qual participaram 41.654 pessoas, o IMC mostrou associação estatisticamente significativa com a maioria dos transtornos de humor, ansiedade e transtornos de personalidade. Obesos tinham chances aumentadas de transtornos de humor, ansiedade, transtornos relacionados ao alcoolismo e transtornos de personalidade.<sup>6</sup> Um estudo prospectivo com homens de meia-idade (45 a 59 anos) e outra casuística, sem divisão de gênero, não verificaram associação entre IMC e sintomas depressivos.<sup>23,24</sup>

A prevalência de transtornos alimentares de 2% não difere da prevalência média dos transtornos alimentares encontrados na população em geral, que está em torno de 3%.<sup>25</sup> Embora pudesse ser esperada uma prevalência maior destes transtornos na população avaliada, principalmente bulimia e transtorno de compulsão alimentar periódico, este achado pode ser explicado pelo desconforto que pacientes obesos possuem de falar sobre seus hábitos alimentares, devido ao estigma relacionado a tais hábitos e à própria obesidade.<sup>26</sup>

A associação entre comorbidades e transtornos mentais ainda é controversa. A análise dos dados do *Epidemiologic Catchment Area Project* não evidenciou aumento significativo do risco de desenvolvimento de diabetes mellitus em pacientes deprimidos.<sup>27</sup> Porém outro trabalho, com seguimento de 15 anos, concluiu que a presença de sintomas depressivos constitui fator de risco para o surgimento de diabetes.<sup>28</sup> A presença de sintomas depressivos pode ser caracterizada como fator de risco para o aparecimento de hipertensão arterial. Dois estudos prospectivos avaliaram especificamente esse tema e constataram risco aumentado de hipertensão em pacientes com muitos sintomas depressivos,<sup>29</sup> <sup>30</sup> contrastando com outro estudo.<sup>24</sup> Em relação à obesidade, hipertensos e diabéticos apresentaram uma chance 2,6 vezes maior de serem obesos do que aqueles que não referiram estas patologias.<sup>14</sup> Segundo outro estudo realizado em um ambulatório de obesidade brasileiro, houve aumento significativo na prevalência de hipertensão arterial com aumento do IMC, enquanto a prevalência de diabetes tipo 2 ou anormalidades na tolerância à glicose elevou-se com o aumento do IMC de forma menos evidente que a prevalência de hipertensão.<sup>30</sup> Considerando as alterações tireoidianas, existe associação bem estabelecida na literatura entre estas patologias e sintomas psiquiátricos, principalmente sintomas do humor e psicóticos.<sup>31,32</sup>

A associação entre obesidade e transtornos mentais, na maior parte dos estudos, ocorre na faixa de IMC

≥40 kg/m<sup>2</sup>, que caracteriza a obesidade grave.<sup>6</sup> Em relação às hipóteses de como a obesidade poderia estar relacionada a estes transtornos, permanecem suposições. Os argumentos defendidos por alguns estudos são: 1) o aumento de apetite e de peso seriam sintomas da depressão e da distímia; 2) essas doenças promovem redução das atividades físicas do paciente, fato que contribuiria para o aumento de peso; 3) algumas medicações para transtornos do humor têm como efeito colateral o ganho de peso. Por outro lado, o obeso grave tem limitações, até pelas doenças crônicas associadas ao aumento de peso, de realizar uma série de atividades cotidianas que dão prazer, fato que contribui para o surgimento de um humor entristecido, sem falar no estigma sofrido por esses pacientes.<sup>32-34</sup>

Enquanto a maioria dos estudos compara pacientes obesos ou com sobrepeso com pacientes de peso normal, o presente estudo caracterizou-se pela comparação entre pacientes obesos e com sobrepeso. Talvez esta característica da amostra tenha impedido o encontro de mais diferenças significativas, mas as encontradas aqui podem trazer uma contribuição relevante para a compreensão do assunto.

Como limitações metodológicas podemos citar que, por se tratar de um estudo transversal, não é possível inferir relação causal entre os fatores avaliados e a obesidade. Outra limitação está relacionada ao fato do estudo ter sido realizado apenas em um hospital universitário do Rio de Janeiro, não se podendo garantir a generalização dos resultados, já que estes podem ter sido influenciados por peculiaridades locais da população em questão. Além disso, as comorbidades neste estudo foram avaliadas somente através de informação fornecida pelos próprios pacientes, o que pode ter sido fonte de vieses nas associações analisadas.

Hipócrates já afirmava que “*A morte súbita é mais frequente naqueles que são naturalmente obesos do que nos magros*”.<sup>35</sup> Hoje é nossa responsabilidade entender por que os que são “naturalmente obesos” estão mais suscetíveis a transtornos mentais e por isso carregam, além do peso, um sofrimento psíquico.

A partir dos dados encontrados neste estudo pode-se concluir que os transtornos ansiosos foram mais prevalentes em pacientes obesos quando comparados aos pacientes com sobrepeso, estando, os obesos graves, mais sujeitos a transtornos como fobia social, perturbação de pânico atual com agorafobia e distímia. Além disso, a CC muito aumentada associou-se a transtornos depressivos, assumindo importância no contexto psiquiátrico. Portanto, é obrigação dos profissionais considerarem o manejo psiquiátrico na abordagem clínica da obesidade.

## AGRADECIMENTOS

A Giovanni Marcos Lovisi (Médico Psiquiatra, Professor adjunto do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ- IESC); Maria de Fatima da Rocha da Costa (Médica Endocrinologista, Especialização em Endocrinologia pela UNIRIO, Mestrado em Neurologia pela UNIRIO); e, Programa de Iniciação Científica da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

## REFERÊNCIAS

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
- Santos LMP, Oliveira IV, Peters LR, et al. Trends in morbid obesity and in bariatric surgeries covered by the brazilian public health system. *J Obes Surg*. 2010;20(7):943-48.
- Toffanin S, Friedman SL, Llovet JM. Obesity, inflammatory signaling, and hepatocellular carcinoma – an enlarging link. *Cancer Cell*. 2010;17(2):115-17.
- Yatsuya H, Folsom AR, Yamagishi K, et al. Race and sex-specific associations of obesity measures with ischemic stroke incidence in the atherosclerosis risk in communities (ARIC) study. *Stroke*. 2010;41:417-25.
- Loli MAS. Obesidade como sintoma: uma leitura psicanalítica. São Paulo: Vetor; 2000.
- Petry NM, Barry D, Pietrzak RH, et al. Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Psychosom Med*. 2008;70(3):288-97.
- Simon GE, Von Korff M, Saunders K, et al. Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(7):824-30.
- Dixon JB, Dixon ME, O'Brien PE. Depression in association with severe obesity, changes with weight loss. *Arch Intern Med*. 2003;163(17):2058-65.
- Dobrow IJ, Kamenetz C, Devlin MJ. Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24(3):18-23.
- Proper KI, Koppes LL, Van MH, et al. The prevalence of chronic psychological complaints and emotional exhaustion among overweight and obese workers. *Int Arch Occup Environ Health*. 2011 Sep 27 [Epub ahead of print].
- Amorim P. M.I.N.I. International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22(3):106-15.
- Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Sobrepeso e Obesidade. Diagnóstico. Projeto Diretrizes. [São Paulo]: Associação Médica Brasileira; 2004.
- Lima LP, Sampaio HAC. Caracterização socioeconômica, antropométrica e alimentar de obesos graves. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2007;12(4):1011-20.
- Gigante DP, Barros FC, Post CLA, et al. Prevalência da obesidade em adultos e seus fatores de risco. *Rev Saúde Pública*. 1997;31(3):236-46.
- Hirschberg, A.L., Sex hormones, appetite and eating behavior in women. *Maturitas*. 2012;71:248-56.
- Klump KL, Keel PK, Culbert KM, et al. Ovarian hormones and binge eating: exploring associations in community samples. *Psychol Med*. 2008 Dec;38(12):1749-57.
- Scott KM, Bruffaerts R, Simon GE, et al. Obesity and mental disorders in the general population: results from the world mental health surveys. *Int J Obes*. 2008;32(1):192-200.
- Carpenter KM, Hasin DS, Allison DB, et al. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *Am J Public Health*. 2000;90(2):251-7.
- Onyike CU, Crum RM, Lee HB, et al. Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol*. 2003;158(12):1139-47.
- Ramos JN, Damacena LC, Stringhini MLF, et al. Perfil socioeconômico, antropométrico, bioquímico e estilo de vida de pacientes atendidos no programa "controle de peso". *Comun Ciênc Saúde*. 2006;17(3):185-192.
- Altemburg H. Associação do sobrepeso, obesidade I e II e circunferência de cintura com sintomas de ansiedade e depressão, in Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo; 2007.
- Susce MT, Villanueva N, Diaz FJ, et al. Obesity and associated complications in patients with severe mental illness: a cross-sectional survey. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(2):167-73.
- Lawlor DA, Ben-Shlomo Y, Ebrahim S, et al. Insulin resistance and depressive symptoms in middle aged men: findings from the Caerphilly prospective cohort study. *BMJ*. 2005;330:705-6.
- Hach I, Ruhl UE, Klose M, et al. Obesity and the risk for mental disorders in a representative German adult sample. *Eur J Public Health*. 2006;17(3):297-305.
- American Dietetic Association (ADA). Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. *J Am Diet Assoc*. 2006;106:2073-82.
- Ashmore JA, Friedman KE, Reichmann, SK, et al. Weight-based stigmatization, psychological distress, & transtorno de compulsão alimentar periódico behavior among obese treatment-seeking adults. *Eating Behaviors*. 2008;9:203-209.
- Eaton WW, Armenian H, Gallo J, et al. Depression and risk for onset of type II diabetes: a prospective population-based study. *Diabetes Care*. 1996;19:1097-102.
- Carnethon MR, Kinder LS, Fair JM, et al. Symptoms of depression as a risk factor for incident diabetes: findings from the National Health and Nutrition Examination Epidemiologic Follow-up Study 1971-1992. *Am J Epidemiol*. 2003;158:416-23.
- Teixeira PJR, Rocha FL. Associação entre síndrome metabólica e transtornos mentais. *Rev Psiq Clín*. 2007;34(1):28-38.
- Carneiro G, Faria AN, Ribeiro Filho, F. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. *Rev Assoc Med Bras*. 2003; 49(3):306-11.
- Marian G, Nica EA, Ionescu BE, et al. Hyperthyroidism – cause of depression and psychosis: a case report. *J Med Life*. 2009;2(4):440-2.
- Stunkard AJ, Fernstrom MH, Price RA, et al. Direction of weight change in recurrent depression: consistency across episodes. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47(9):857-60.
- Cassidy K, Kotnya-English R, Acres J, et al. Association between lifestyle factors and mental health measures among community-dwelling older women. *Austr NZJ Psychiatry*. 2004;38:940-47.
- Schwartz TL, Nihalani N, Jindal S, et al. Psychiatric medication-induced obesity: a review. *Obes Rev*. 2004; 5(2):115-21.
- Chadwick J, Mann WN. The medical works of Hippocrates. Aphorisms, Sect.II, 44. Springfield, IL: Charles C. Thomas; 1950.