

PRESENÇA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM OBESOS CLASSES II E III

Ricardo Bernardo Zini¹, Niraldo de Oliveira Santos², Sue Ellen Ferreira Modesto³,
Gláucia Rosana Guerra Benute⁴, Kátia Osternack Pinto⁵, Mara Cristina Souza de
Lucia⁶, Arthur Belarmino Garrido Jr.⁷

RESUMO

A obesidade é um dos grandes problemas de saúde pública no mundo contemporâneo. O objetivo deste estudo foi avaliar a presença de sintomas de depressão em pacientes com obesidade classe II e III. Foi realizado um estudo transversal de coleta prospectiva utilizando um questionário sociodemográfico para coleta de dados e o Inventário de Depressão de Beck (BDI). Ao todo, participaram da pesquisa 138 sujeitos, sendo homens e mulheres entre 30 e 70 anos, com idade média de 45 anos e índice de massa corporal (IMC) maior do que 35 (média de 44). No BDI foi possível observar que na classe III a média de pontos brutos foi de 12,65 com significância estatística para esta diferença ($P < 0,05$). Podemos concluir que a maior intensidade de sintomas depressivos nas duas classes variou em torno de mínimos e leves. Pode-se observar também, que não houve muita incidência de sintomas graves de depressão.

Palavras chave: depressão; obesidade; cirurgia bariátrica.

PRESENCE OF DEPRESSIVE SYMPTOMS IN OBESE CLASS II AND III

ABSTRACT

Obesity is a major public health problems in the contemporary world. The aim of this study was to evaluate the presence of depressive symptoms in patients with obesity class II and III. We conducted a cross-sectional study collected prospectively using a questionnaire to collect demographic data and the Beck Depression Inventory (BDI). In all, 138 subjects participated in the survey, men and women between 30 and 70 years, mean age 45 years and body mass index (BMI) greater than 35 (average 44). The BDI was observed that in class III the average score was 12.65 with gross statistical significance for this difference ($P < 0.05$). The conclusion is that the greater intensity of depressive symptoms in both classes was around minimal and mild. It may also be noted that there was a high incidence of severe symptoms of depression.

Keywords: depression; obesity; bariatric surgery.

¹ Psicólogo, Especialista em Transtornos Alimentares e Obesidade do Centro de Estudos em Psicologia da Saúde (CEPSIC) da Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICHC/FMUSP).

² Psicólogo Assistente de Direção da Divisão de Psicologia do ICHC/FMUSP, coordenador do Curso de Pós-graduação em Psicologia Hospitalar (CEPSIC e SCMM), orientador da pesquisa.

³ Psicóloga da Divisão de Psicologia do ICHC/FMUSP.

⁴ Psicóloga Diretora de Pesquisas Clínicas e Epidemiológicas da Divisão de Psicologia do ICHC/FMUSP

⁵ Psicóloga Especialista em Neuropsicologia (CFP), Mestre em Ciências (Fisiopatologia Experimental) e Doutora em Ciências (Neurologia) pela FMUSP.

⁶ Diretora da Divisão de Psicologia do ICHC/FMUSP. Presidente do CEPSIC.

⁷ Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), responsável pela Unidade de Obesidade Mórbida da 2ª Clínica Cirúrgica do HCFMUSP.

INTRODUÇÃO

A prevalência de pessoas com sobrepeso e obesidade nas nações desenvolvidas atingiu proporções epidêmicas. Estima-se que mais de 60% dos americanos estão acima do peso e aproximadamente metade deles está com índice de massa corporal (IMC) correspondente à obesidade (Ward et al., 2005; Ogden, Carrol, Curtin, McDowell, Tabak & Flegal, 2006). Os dados de 2007-2008 demonstram que a prevalência da obesidade nos Estados Unidos da América (EUA) é de 32,2% para homens e de 35,5% para mulheres (Flegal, Carroll, Ogden, Curtin, 2010).

No Brasil, a última Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-2009) revelou que o excesso de peso foi diagnosticado em cerca de metade dos homens e das mulheres, excedendo em 28 vezes a frequência do déficit de peso, no sexo masculino e em 13 vezes no sexo feminino. A frequência de diagnósticos de obesidade na população estudada foi de 12,5% nos homens e de 16,9% nas mulheres (IBGE, 2010). Estudos prospectivos apontam que o Brasil será o quinto país do mundo a apresentar problemas de obesidade em 2025 (Romero & Zanesco, 2006).

Os fatores relacionados à obesidade são complexos e multideterminados, envolvendo mecanismos biológicos, ambientais e neuropsicológicos. Estudam-se os mecanismos cerebrais envolvidos no controle da saciedade, mudanças na disponibilidade dos alimentos e o aumento do apelo sensorial, associado ao seu valor hedônico, como principais responsáveis pelo excesso no consumo (Berthoud, 2007).

Uma das comorbidades significativas na obesidade severa é a depressão, e sugere que a obesidade severa pode causar ou agravar a depressão (Dixon J., Dixon M, & O'Brien, 2003; Luppino, Wit, Bouvy, Stijnen, Cuijpers, Penninx & Zitman, 2010). Segundo o Manual Estatístico Diagnóstico dos Transtornos Mentais (DSM-IV), a depressão caracteriza-se por sintomas como: humor deprimido, diminuição do interesse ou prazer nas atividades cotidianas, perda ou ganho de peso significativo (sem estar em dieta), insônia ou hipersonia (dormir demais), sentimento de inutilidade, cansaço, dificuldade em concentrar-se, pensamento de morte (medo de morrer) e ideação suicida (DSM-IV, 1994).

Nos Estados Unidos da América (EUA), aproximadamente 6,6% da população adulta já tiveram um transtorno depressivo maior durante os últimos 12 meses. Esses transtornos depressivos são mais comuns em pacientes com doenças crônicas, entre elas

a obesidade (CDC, 2010). Aproximadamente 15% a 30% dos pacientes candidatos a cirurgia bariátrica, apresentam sintomas significativos de depressão, e mais de 50% mostram ter um histórico de depressão maior (Kalarchian, 2007). Há casos em que os pacientes alteram conscientemente os sintomas de depressão a fim de alcançar o resultado esperado de ser avaliado positivamente para a cirurgia (Fabricatore, 2007).

Comparando pacientes pré-cirúrgicos (obesos com IMC igual ou superior a 40) com pacientes pós-cirurgia bariátrica (há no mínimo seis meses), percebeu-se neste estudo que dos pré-cirúrgicos, 40,62% apresentaram depressão leve e 25% apresentaram depressão moderada, enquanto que nos pós-cirúrgicos 15,15% apresentaram depressão leve e 3,03% apresentaram depressão moderada (Oliveira & Yoshida, 2009). Estudos que relacionam depressão antes e depois da cirurgia demonstram que a depressão melhorara após o procedimento cirúrgico (Dixon J., Dixon M, & O'Brien, 2003)

De acordo com esses dados a respeito da depressão e obesidade é que este trabalho tem como objetivo avaliar a presença de sintomas de depressão em pacientes com obesidade classe II e III.

MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal de coleta prospectiva. Os sujeitos deste estudo foram encaminhados pela equipe médica em instituições públicas e particulares de saúde que atendiam a esta população. Foram entrevistados 143 sujeitos, e a aplicação dos instrumentos se deu por pesquisadores devidamente treinados e com pacientes que se encontravam em atendimento pela equipe médica naqueles dias propostos para a coleta de dados. A seleção da amostra foi por conveniência, de forma consecutiva e não foram incluídos os pacientes que já haviam realizado cirurgia bariátrica, porém cinco sujeitos não forneceram dados como peso ou altura, não sendo possível realizar o cálculo do IMC que é necessário para classificá-los com obesidade classe II (IMC de 35 a 39,9) e classe III (IMC de 40 ou mais). Diante disso no momento de comparação de classes essa quantidade de sujeitos diminuiu para 138.

O presente trabalho foi previamente aprovado por Comitê de Ética, e antes do início da aplicação dos questionários foi explicado aos sujeitos o objetivo do trabalho e os preceitos éticos envolvidos. Somente após a aceitação do mesmo em participar

através da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que se deu o início da aplicação dos questionários necessários para a realização da pesquisa.

Foi utilizado um questionário sociodemográfico para coleta de dados referente a aspectos como: idade, nível de instrução, ocupação principal, renda per capita, histórico do peso e de internações hospitalares, medicações de uso contínuo e presença de comorbidades clínicas como diabetes e hipertensão. Posteriormente foi aplicado o Inventário de Depressão de Beck (BDI) criado por Beck (1961) que foi validado no Brasil por Gorenstein e Andrade (1998) e atualmente é utilizado de acordo com as normas brasileiras descritas por Cunha (2001).

Inicialmente os resultados obtidos foram convertidos em médias com seus respectivos desvios-padrão e mediana. A partir do IMC obtido a amostra foi subdividida entre os obesos Classe II (IMC de 35 a 39,9) Classe III (IMC de 40 ou mais). Em seguida foram realizados testes estatísticos para estabelecer as possíveis diferenças entre as médias ou distribuições de frequência obtidas quanto ao nível de obesidade. Dependendo de a medida corresponder à distribuição normal, foram utilizados os testes Qui-Quadrado, *t Student* ou *Mann-Whitney*. Para todos os testes estatísticos, foi aceito grau de liberdade de até 95% ($p < 0,05$). Em todos os procedimentos estatísticos foi utilizado o software SPSS 15.0 *for windows*. Para os resultados brutos obtidos através dos instrumentos foram determinados indicadores diagnósticos definindo graus de comprometimento ou apenas a presença ou ausência dos sintomas a partir de um ponto de corte baseado nos manuais ou na literatura da área.

RESULTADOS

A amostra se concentrou no sexo feminino (76,81%), sendo que do sexo feminino, 13,77% encontravam-se na classe II e 55,80% na classe III e do sexo masculino 8,70% estavam na Classe II enquanto que 14,49% estavam na classe III e essa comparação não apresentou um resultado estatisticamente significativo ($p = 0,271$). A média de idade foi de aproximadamente 45 anos (variando de 30 a 70 anos); um dado importante a ser relatado é em relação ao vínculo com a assistência à saúde, sendo que 59,6% dos entrevistados eram provenientes de Convênio/Particular enquanto que 40,4% eram provenientes de SUS.

A maioria apresentava-se com atividade profissional registrada (35,82%) e como profissional liberal (20,15%). Em relação aos anos de estudo, 37,96% tinham 12 anos

ou mais de estudo, enquanto que 29,20% apresentavam 9 a 11 anos de estudo. Outro dado importante é que 50% dos entrevistados se declararam solteiros quando indagados a respeito do estado civil.

Tabela 1

Comparação do grau de obesidade com o início da mesma e com o fato de ser candidato à cirurgia bariátrica.

Início da obesidade	Classe II		Classe III		Total	%	p
	N	%	N	%			
Desde bebê	2	1,45	14	10,14	16	11,59	0,088
Na infância	2	1,45	15	10,87	17	12,32	
Na adolescência	7	5,07	20	14,49	27	19,57	
Quando adulto	22	15,94	37	26,81	59	42,75	
Depois dos 35 anos	8	5,80	11	7,97	19	13,77	
Total	41	29,71	97	70,29	138	100,00	
Candidato à cirurgia							
Sim	9	6,67	63	46,67	72	53,33	0,000
Não	32	23,70	31	22,96	63	46,67	
Total	41	30,37	94	69,63	135	100,00	

A maioria dos sujeitos da amostra apresentou índice de obesidade classe III (68%), enquanto 29% índice de obesidade classe II. Diante da tabela 1 pode-se observar que a maioria dos sujeitos relatou o início da obesidade na idade adulta (42,75%), é possível também perceber que quando se compara os obesos de classe II e III, percebe-se que os de classe III em sua maioria (46,67%) são candidatos à cirurgia bariátrica. É importante ressaltar que na comparação de classes de pacientes candidatos à cirurgia há um nível de significância estatística que demonstra que quanto maior a classe da obesidade que o paciente é incluído, maior a chance de ele ser candidato à cirurgia bariátrica (Tabela 1).

Tabela 2

Comparação dos níveis depressivos apresentados por obesos classe 2 e 3.

Pontos Brutos	Classe II		Classe III		
Inventário de Depressão	N	Média	N	Média	p
BDI	41	9,9	97	12,65	0,045
Índices Diagnósticos	Classe II (n=41)		Classe III (n=97)		
Inventário de Depressão	N	%	N	%	p
Depressão Mínima	28	20,29	48	34,78	0,151
Depressão Leve	10	7,25	29	21,01	
Depressão Moderada	3	2,17	19	13,77	
Depressão Grave	0	0	1	0,72	

No Inventário de depressão de Beck foi possível observar que na classe III a média de pontos brutos foi de 12,65 com significância estatística para esta diferença. É importante ressaltar que os obesos classe II, deste estudo, não apresentam depressão grave, já os de classe III encontram-se em sua maioria com depressão leve, moderada e grave, dando uma porcentagem total do somatório desses níveis de 35,5%. Porém, apesar dos dados apresentados, percebe-se que não se obteve uma significância estatística desses dados (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Ao comparar a procura por tratamento para a obesidade em relação ao sexo, pode-se notar que no artigo em questão, grande parte foi do sexo feminino. Esse dado é corroborado pela literatura em diversos artigos (Wadden & cols., 2001; Zwaan & cols., 2002; Laferrère & cols., 2002; Fabricatore, Wadden, Sarwer & Faith, 2005; Oliveira & Yoshida, 2009). Em relação à idade, outro estudo demonstra que a maior parte dos pacientes obesos se concentram em idade aproximada de 30 a 70 anos (Gadalla, 2009). Os dados coletados também demonstram que houve uma maior prevalência de

participantes com 12 anos ou mais de estudo, dado semelhante à maioria das pesquisas internacionais que apresentam níveis sócio-econômicos diferenciados e que demonstram um bom nível de escolaridade dos participantes (Harris & Green, 1982; Zwaan & cols., 2002; Laferrère & cols., 2002).

A grande maioria dos sujeitos diz ter apresentado o início da obesidade após a idade adulta. Outro estudo relata que o sobrepeso e a obesidade aumenta discretamente com a idade (Marinho, Martins, Parestrelo & Oliveira, 2003)

Quanto aos transtornos de humor, percebemos que vários autores relatam esses sintomas em pacientes com obesidade (Atlantis & Baker, 2008; Gadalla, 2009). Neste estudo percebemos que quando compara a média dos obesos de classe II e III obteve-se um resultado estatisticamente significativo no qual demonstra que obesos de classe III apresentam mais depressão que os de classe II. Porém, quando comparados os níveis de depressão entre as classes, apesar das diferenças demonstrarem um maior índice nos obesos de classe III que os de classe II não foi encontrado uma significância estatística. Esses dados são corroborados por diversos estudos que demonstram um alto índice de depressão em obesos (Dixon, Dixon & O'Brien, 2003; Segal & cols., 2002).

Os transtornos depressivos apresentam correlação com a obesidade, porém transtornos de ansiedade não apresentaram essa associação significativa em estudo recente (Gadalla, 2009). Entretanto, Simon et al. (2006) relataram que pacientes com IMC acima de 30 apresentavam mais transtornos de humor (ansiedade e depressão) do que aqueles que apresentavam IMC menor que 30. Corroborando os achados de Simon et al. (2006), nosso estudo apresenta essa relação com o IMC quando percebemos que os obesos de classe II demonstram mais sintomas depressivos que os obesos de classe III. Diversos autores relatam uma prevalência significativa de sintomas depressivos em obesos e obesos mórbidos (Dixon, Dixon & O'Brien, 2003; Segal & cols., 2002; Matos & cols., 2002). Além disso, segundo Dong, Sanchez e Price (2004), a obesidade aumenta o risco da depressão quando controladas variáveis como doenças físicas crônicas, depressão familiar e fatores de risco sócio-demográficos.

CONCLUSÃO

Podemos concluir que a maior intensidade de sintomas depressivos nas duas classes variou em torno de mínimos e leves. Pode-se observar também, que não houve muita incidência de sintomas graves de depressão.

REFERÊNCIAS

Atlantis E., Baker M. (2008) Obesity effects on depression: systematic review of epidemiological studies. *Int J Obes* (Lond). 32(6), 881-91.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, G. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 1961, 4: 53-63.

Berthoud H.R. Interactions between the “cognitive” and “metabolic” brain in the control of food intake. *Physiology & Behavior*. 2007; 91:486-98.

CDC – Centers for Disease Control and Prevention. (2010). Current depression among adults---United States, 2006 and 2008. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 59(38): 1229-35.

Cunha J.A. *Manual da versão em português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001

Dixon J.B., Dixon M.E., & O'Brien, P.E. (2003). Depression in association with severe obesity: changes with weight loss. *Arch Intern Med*. 163(17), 2058-2065.

Dong, C., Sanchez, L.E., & Price, R. A. (2004) Relationship of obesity to depression: a familybased study. *International Journal of Obesity*; 28, 790-795.

DSM-IV *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.

Fabricatore, A.N.; Sarwer, D.B.; Wadden, T.A.; Combs, C.J.; Krasucki, J.L. (2007); Impression management or real change? Reports of depressive symptoms before and after the preoperative psychological evaluation for bariatric surgery. *Obes Surg*. 17(9), 1213-9.

Fabricatore, A.N., Wadden, T.A., Sarwer, D.B., Faith, M.S. (2005). Health-related quality of life and symptoms of depression in extremely obese persons seeking bariatric surgery. *Obes Surg*. 15(3), 304-9.

Flegal, K.M., Carroll, M.D., Ogden, C.L., Curtin, L.R. (2010). Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2008. *JAMA*, 303(3), 235-241.

Gadalla, T.M. (2009) Association of obesity with mood and anxiety. *Chronic Dis Can*, 30(1), 29-36.

Gorenstein, C. & Andrade, L. (1998). Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(5), 245-250.

- Harris, M. B., & Green, D. (1982). Psychosocial Effects of Gastric Reduction Surgery for Obesity. *International Journal of Obesity*, 6, 527-539.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (2010). *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009*. Rio de Janeiro.
- Kalarchian, M.A., Marcus, M.D., Levine, M.D., Courcoulas, A.P., Pilkonis, P.A., Ringham, R.M., Soulakova, J.N., Weissfeld, L.A., Rofey, D.L. (2007). Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: Relationship to obesity and functional health status. *Am J Psychiatry*, 164(2), 328-34
- Laferrère, B., Zhu, S., Clarkson, J. R., Yoshioka, M. R. M., Krauskopf, K., Thornton, J. C., & Pi-Sunyer, F. X. e colaboradores (2002). Race, Menopause, Health-Related Quality of life and psychological well-being in obese women. *Obesity Research*, 10, 1270-1275.
- Luppino F.S., de Wit L.M., Bouvy P.F., Stijnen T., Cuijpers P., Penninx B.W. & Zitman F.G. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry*, 67(3), 220-9.
- Matos, M. I. R., Aranha, L. S., Faria, A. N., Ferreira, S. R. G., Bacaultchuck, J., & Zanella, M. T., (2002) Binge Eating Disorder, Anxiety, Depression and Body Image in Grade III Obesity Patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 24(4), 165-169
- Marinho, S. P, Martins, I. S., Parestrelo, J. P. P., & Oliveira, D. C. (2003). Obesidade em adultos de seguimentos pauperizados da sociedade. *Rev Nutr*, 16(2), 195-201.
- Ogden, C.L., Carroll, M.D., Curtin, L.R., McDowell, M.A., Tabak, C.J. e Flegal, K.M. (2006). Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. *JAMA*, 295(13), 1549-1555.
- Oliveira, J.H.A., Yoshida, E.M.P. (2009). Avaliação psicológica de obesos grau III antes e depois de Cirurgia Bariátrica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(1), 12-19.
- Romero, C.E.M. & Zanesco, A. (2006). O papel dos hormônios leptina e grelina na gênese da obesidade. *Revista de Nutrição*, 19(1), 85-91.
- Segal, A., Cardeal, M. V., & Cordás, T. A. Aspectos Psicossociais e Psiquiátricos da Obesidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 2002 29(2), 81-89.
- Simon G.E., Von Korff M., Saunders K., Miglioretti D.L., Crane P.K., van Belle G, Kessler R.C. (2006) Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Arch Gen Psychiatry*, 63(7), 824-30.
- Wadden, T.A., Sarwer, D.B., Womble, L.G., Foster, G.D., McGuckin, B.G., & Schimmel, A. (2001). Psychosocial aspects of obesity and obesity surgery. *Surgical Clinics of North America*, 81(5), 1001-1024.

Ward M.A., Carlsson C.M., Trivedi M.A., Sager M.A., Johnson S.C. (2005) The effect of body mass index on global brain volume in middle-aged adults: a cross sectional study. *BMC Neurology*, 2(5), 23.

Zwaan, M., Mitchell, J. E., Howell, L. M., Monson, N., Swan-Kreimeier, L., Roerig, J. L., Kolotkin, R. L., & Crosby, R. D. (2002). Two measures of health-related quality of life in morbidly obesity. *Obesity Research*, 10(11), 1143-1151.

Agradecimento

Agradecemos a Marlene Monteiro da Silva pela colaboração na coleta de dados, e por todos os pacientes participantes, sem os quais não seria possível esta pesquisa.

Endereço para correspondência:

Sue Ellen F. Modesto. Rua Pires da Mota, n. 646 – Apto 21
Bairro: Aclimação. São Paulo – SP. E-mail: suemodesto@hotmail.com