

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal

30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

## **PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ESTRESSE EM CLIENTES OBESOS NUMA CLÍNICA ESCOLA**

Maria Marta Amorim<sup>1</sup>, Mariana da Silva Franco<sup>2</sup>, Marina Espírito Santo Rabello<sup>2</sup>, Warley Souza<sup>2</sup>, & Nayara Monteze<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Centro Universitário Unifacvest. Lages. Brasil, Centro de Estudos em Migrações e Relações Interculturais da Universidade Aberta de Lisboa, Portugal

<sup>2</sup> Centro Universitário Una, Belo Horizonte, Brasil

A obesidade é uma doença multifatorial caracterizada pelo acúmulo de gordura corporal devido ao consumo excessivo de alimentos e/ou sedentarismo, resultando em danos à saúde (WHO, 2018). Segundo o Ministério da Saúde, a prevalência de obesidade em indivíduos maiores de 18 anos no país passou de 11,8% em 2006 para 18,9% em 2016, sendo este aumento proporcional à idade, ou seja, quanto maior a faixa etária maior o número de indivíduos com obesidade (Brasil, 2016). O excesso de peso acarreta várias complicações como doenças crônicas não transmissíveis – DCNT (Brasil, 2017), desenvolvimento de sintomas depressivos, ansiedade, transtornos alimentares e de personalidade (Beck et al., 1988). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2017), 300 milhões de pessoas e 264 milhões apresentam depressão e ansiedade respectivamente, sendo tais taxas relacionadas com crescimento e envelhecimento da população.

As alterações de ordem emocional apresentam forte ligação com o aspecto alimentar (Wit & Schneider, 2011), fazendo com que o indivíduo busque o conforto e o prazer no alimento para suprir possível carência afetiva (Cataneo, Carvalho, & Galindo, 2005; Cortez, Araújo, & Ribeiro, 2011). As implicações de tal compensação no alimento estão relacionadas com o desenvolvimento de hábitos não saudáveis, como compulsão por alimentos de alta densidade energética, despreocupação com a saúde e desmotivação para práticas esportivas (Melca & Fortes, 2014). Essas mudanças no estilo de vida e padrão alimentar interferem na qualidade de vida do indivíduo e na sua interatividade social, aumentando o risco para

desenvolvimento de outras doenças, inclusive as DCNT como obesidade, diabetes e hipertensão (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2005; WHO, 2017).

Em se tratando da obesidade, o nutricionista tem papel fundamental na equipe multidisciplinar, minimizando o impacto da alteração emocional no consumo alimentar (Latterza et al., 2004). O tratamento em conjunto com a psicologia é indispensável, visto que os sentimentos como tédio, raiva, baixa autoestima, depressão, ansiedade e estresse interferem no comportamento alimentar (Moraes, Almeida, & Souza, 2013).

As clínicas escolas têm contribuído de forma relevante para a formação profissional de estudantes de nível superior na área da obesidade, introduzindo carga prática a seus conhecimentos teóricos adquiridos em sala de aula. A Clínica de Atenção Integrada à Saúde do Centro Universitário Una (CIAS/UNA), em Belo Horizonte presta atendimentos nutricionais e farmacêuticos, no qual os alunos conduzem os atendimentos supervisionados pelo corpo docente (Amorim, Santiago, & Azevedo, 2018).

Dessa forma, objetiva-se com a realização deste estudo, determinar a prevalência dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse em pacientes com excesso de peso atendidos na CIAS/UNA, Belo Horizonte.

## MÉTODO

### *Participantes*

O estudo foi realizado com clientes da CIAS/UNA de ambos os sexos, com Índice de Massa Corporal (IMC) $>25\text{kg/m}^2$  (sobrepeso e obesidade) e com idade entre 19 e 52 anos. Os participantes foram incluídos no estudo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Una (CAAE: 67531517.2.0000.5098), após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

### *Material*

Dados referentes à idade, ao peso e à altura foram extraídos do prontuário do paciente durante o atendimento. A classificação do estado nutricional se

deu por meio do cálculo do IMC (peso/altura<sup>2</sup>), seguindo os pontos de corte pré-estabelecidos (Brasil, 2011).

Durante o atendimento na CIAS/UNA no período de 2017 a 2018, o indivíduo com excesso de peso foi convidado a preencher os questionários para rastreamento dos sintomas de depressão, estresse e ansiedade, entregues impressos ou por meio digital, conforme a preferência do voluntário. Para avaliação dos transtornos comportamentais foram aplicados o Questionário de Depressão: Beck Depression Inventory – BDI (Gorestein & Andrade, 1996), o Inventário de Ansiedade: Beck Anxiety Inventory – BAI (Beck et al., 1988) e a Escala de Percepção de Estresse: Perceived Stress Scale - PSS-14 (Luft et al, 2007).

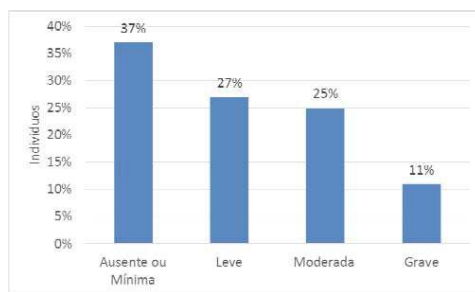
O questionário de BDI (Gorestein & Andrade, 1996) é composto por 21 grupos de afirmações enumeradas numa escala de 0 a 3, no qual o indivíduo assinala a afirmativa que corresponde o que ele sentiu na última semana. Então, os valores marcados são somados e o total representa a classificação da escala de depressão, sendo que o resultado de 0 a 9 corresponde a ausência ou sintomas depressivos mínimos, de 10 a 18 depressão leve a moderada, de 19 a 29 depressão moderada a grave e de 30 a 63 depressão grave. Já o questionário de BAI (Beck et al., 1988) é estruturado por 21 sintomas relacionados à ansiedade e o participante marcaria qual a intensidade que sente sendo elas: absolutamente não, levemente, moderadamente e gravemente. Essas intensidades correspondem a pontuação de 0 a 4 respectivamente e com base no somatório o indivíduo é classificado na escala de ansiedade. Essa classificação refere ao valor de 0 a 7 ausência ou ansiedade mínima, 8 a 15 ansiedade leve, 16 a 25 ansiedade moderada e 26 a 63 ansiedade grave. Por outro lado, foi utilizado para classificação do nível de estresse, a escala de percepção do estresse - PSS-14 (Luft et al, 2007) composta por 14 perguntas sobre a frequência que o indivíduo tenha pensado ou sentido de alguma forma na última semana. Então, o indivíduo assinala uma das cinco frequências, sendo elas: nunca, quase nunca, algumas vezes, frequentemente e muito frequentemente que correspondem ao número de 0 a 5 respectivamente. Com isso, é realizada a classificação com base no somatório das alternativas assinaladas que referem ao valor de 0 a 14 estresse mínimo ou ausente, 15 a 28 estresse leve, 29 a 42 estresse moderado e 43 a 56 estresse grave.

### *Procedimento*

O banco de dados foi construído na planilha do Excel e analisado empregando-se o software SPSS 19.0. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para verificação da normalidade das variáveis. Os dados descritivos foram expressos por meio da mediana (mínimo e máximo). O índice de significância utilizado foi menor que 5%.

## RESULTADOS

Participaram da pesquisa 63 indivíduos em estado nutricional de sobrepeso e obesidade, sendo 83% ( $n=52$ ) do sexo feminino e 17% ( $n=11$ ) do sexo masculino, apresentando mediana de idade igual a 34 anos (19; 52) e mediana do IMC de 31,2 kg/m<sup>2</sup> (25,2; 46,2). Dentre os indivíduos avaliados, 63% ( $n=40$ ) indicaram algum sintoma de depressão, sendo 32,5% ( $n=13$ ) classificados com sobrepeso e 67,5% ( $n=27$ ) com obesidade. A depressão leve e moderada foram encontradas em quantidades similares e a depressão grave em menor quantidade, conforme ilustrado no Gráfico 1.



*Gráfico 1.* Percentual de indivíduos na escala de depressão (BDI)

Em relação à ansiedade foi alcançado 73% ( $n=46$ ), sendo 65,21% ( $n=30$ ) de indivíduos obesos e 34,7% ( $n=16$ ) de indivíduos com sobrepeso. Conforme ilustrado no Gráfico 2, 21 indivíduos foram identificados com ansiedade leve, 12 ansiedade moderada e 13 ansiedade grave.

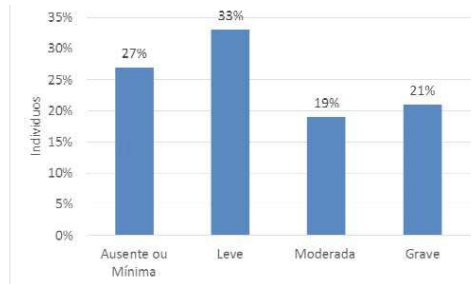


Gráfico 2. Percentual de indivíduos na escala de ansiedade (BAI)

Foi observado que 97% ( $n=61$ ) dos indivíduos foram identificados com sintomas de estresse, dentre esse percentual 62,2% ( $n=38$ ) apresentavam obesidade e 37,7% ( $n=23$ ) sobrepeso. Dentre os participantes 2 possuem sintomas mínimos ou ausente, 26 estresse leve, 35 sintomas moderados e nenhum participante da pesquisa foi identificado com estresse grave (Gráfico 3).

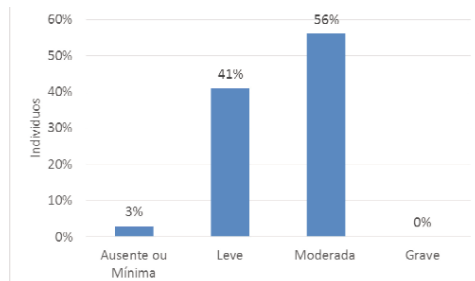


Gráfico 3. Percentual de indivíduos na escala de estresse (PSS-14)

## DISCUSSÃO

A obesidade tornou se um problema de saúde pública e vem crescendo ao longo do tempo. Em estudo realizado em 27 cidades do Brasil, a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL demonstrou que 54% da população encontra-se acima do peso (Brasil, 2017). Nesse estudo realizado no Brasil

a maioria dos participantes com sobrepeso e obesidade era do sexo feminino. Foi encontrado uma modesta relação entre obesidade e transtornos mentais em indivíduos do sexo feminino, em diversos países, sendo mais significativo no Líbano e Nova Zelândia (Scott et al., 2008).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2017), transtornos de ansiedade e depressão afetam mais o sexo feminino que o masculino, com diferencial de quase 50% do percentual, ou seja, atinge 4,6% das mulheres e 2,6% dos homens. Tais diferenças são ocasionadas principalmente por fatores hormonais, uma vez que as mulheres passam por períodos de alterações como o período pré-menstrual, utilização de contraceptivos, parto e puerpério e a menopausa (Coutinho et al., 2015).

A depressão (63%) foi maior nos indivíduos com obesidade (67,5%) em relação ao sobrepeso (32,5%). Nos estudos conduzidos por Verdolin et al. (2012) a depressão foi ligeiramente maior nos obesos (47,9%) em relação aos indivíduos com sobrepeso (42,4%).

A Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica aponta que a obesidade eleva em 55% as chances de depressão e a depressão aumenta em 58% as chances de obesidade, tornando se um círculo vicioso. Além disso, o preconceito e fatores psicossociais também podem favorecer o surgimento de depressão em obesos (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, 2010).

A depressão mínima ou ausente na CIAS foi encontrada em 37% dos participantes, assim como no estudo realizado por Ludwing et al. (2012), com 482 indivíduos do Programa Modificação do Estilo de Vida e Risco Cardiovascular, 78,9% mulheres e 21,1% homens com síndrome metabólica. Contudo na da CIAS a depressão leve (27%) e a moderada (25%) foram maiores do que no Programa Modificação do Estilo de Vidas e Risco Cardiovascular (Tosetto & Júnior, 2008). 28,9% e 31,6%, respectivamente.

De modo igual à depressão, a ansiedade foi maior nos indivíduos com obesidade (65,2%) em relação aos indivíduos com sobrepeso (34,7%), assim como no estudo de Verdolin et al. (2012). Os sintomas mínimos ou ausentes foram encontrados em 27% dos indivíduos, 33% com sintomas leves, 19% moderados e 21% grave. Valores superiores foram encontrados no estudo de Ludwing et al. (2012) para os sintomas mínimos (47,4%) e leves (39,5%) e valores inferiores para sintomas moderados (10,5%) e graves (2,6%). Porém, no estudo de Tosetto & Júnior (2008) realizado apenas com mulheres, faixa etária entre 19 a 49 anos, mostrou que mulheres sedentárias possuem maior

tendência a desenvolver sintomas relacionados à depressão e à ansiedade. Foi verificado que quanto maior o IMC maior nível de sintomas psíquicos e que o fator atividade física ameniza os sintomas de depressão e ansiedade.

A ansiedade estimula a obesidade por vias fisiológicas, através da ativação do sistema nervoso simpático e do eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal. A ativação crônica resulta no aumento do cortisol, que está associado a alterações no apetite e no aumento de peso (Jackson, Kirschbaum, & Steptoe, 2017).

No presente artigo, 97% dos participantes apresentaram sintomas de estresse, sendo maior na obesidade (62,2%) em comparação com o sobrepeso (37,7%). Segundo Jackson, Kirschbaum e Steptoe (2017) é provável que o estresse contribui para o acúmulo de gordura corporal devido ao aumento da liberação de cortisol pelo eixo hipotálamo - hipófise - adrenal. Os estressores psicológicos provocam um desequilíbrio nesse eixo que regula a liberação de cortisol.

Foi constatada incidência significativa de depressão, ansiedade e estresse no grupo estudado. Diante dos resultados é de suma importância uma abordagem em conjunto do nutricionista com o psicólogo para avaliar o indivíduo por completo, visto que a obesidade pode ser um fator causador de transtornos comportamentais e vice e versa. Dessa forma, deve-se traçar um plano de ação em busca da melhoria na qualidade de vida desses indivíduos.

## REFERÊNCIAS

- Amorim, M. A., Santiago, M. C., & Azevedo, D. Q. (2018). Avaliação da capacitação interdisciplinar na clínica Integrada de Saúde do centro Universitário de Belo Horizonte/Brasil. In Natália Ramos & Maria Ligia Rangel (Orgs.), *Comunicação e saúde: Perspetivas contemporâneas* (pp. 299-315). Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia.
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. (2010). Obesidade e Depressão: Associação Recíproca, Recuperado de <http://www.abeso.org.br/noticia/obesidade-e-depressao-associacao-reciproca>. Acesso: 10 out. 2018

- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Jou. Con. Clin. Psy.* 56(6), 893-897. Doi: 10.1037//0022-006x.56.6.893
- Brasil. (2011). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília, Recuperado de [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes\\_coleta\\_analise\\_dados\\_antropometricos.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf)
- Brasil. (2016). Ministério da Saúde. *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Recuperado de [http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/17/Vigitel\\_17-4-17-final.pdf](http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/17/Vigitel_17-4-17-final.pdf)
- Brasil. (2017). Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. *Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira*. Rio de Janeiro: ANS, 2017. Recuperado de [http://www.ans.gov.br/images/Manual\\_de\\_Diretrizes\\_para\\_o\\_Enfrentamento\\_da\\_Obesidade\\_na\\_Sa%C3%BAde\\_Suplementar\\_Brasileira.pdf](http://www.ans.gov.br/images/Manual_de_Diretrizes_para_o_Enfrentamento_da_Obesidade_na_Sa%C3%BAde_Suplementar_Brasileira.pdf)
- Brasil. (2018). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2017*. Recuperado de [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2017\\_vigilancia\\_fatores\\_riscos.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf)
- Cataneo, C., Carvalho, A. M. P., & Galindo, E. M. C. (2005). Obesidade e aspectos psicológicos: Maturidade emocional, auto-conceito, locus de controle e ansiedade. *Psico. Reflex. Crítica*, 18(1), 39-46. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722005000100006>
- Cortez, C. M., Araújo, E. A., Ribeiro, M. V. (2011). Transtorno de compulsão alimentar periódico e obesidade. *Arq. Catar. Medicina*, 40(1), 94-102. doi: 004-2773/11/40-01/94
- Coutinho, M. E. M., Giovanini, M., Pavini, L. S., Ventura, M. T., Elias, R. M., & Silva, L. M. (2015). Aspectos biológicos e psicossociais da depressão relacionado ao gênero feminino. *Rev. Bras. Neur. Psiquiatria*, 19(1), 49-57. Recuperado de <https://rbnp.emnuvens.com.br/rbnp/article/view/131/62>
- Gorestein, C., & Andrade, L. (1996). Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz. Jour. Med. Bio. Research*, 29(4), 453-457.
- Jackson, S. E., Kirschbaum, C., & Steptoe, A. (2017). Hair cortisol and adiposity in a population-based sample of 2,527 men and women aged 54 to 87 years. *Obesity*, 25(3), 539-544. doi: 10.1002/oby.21733

- Latterza, A. R., Dunker, K. L. L., Scagliusi, F. B., & Kemene, E. (2004). Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. *Rev. psiquiatr. clín.*, 31(4). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832004000400009>
- Luft, C. D. B., Sanches, S. O., Mazo, G. Z., & Andrade, A. (2007). Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Rev. Saú. Pública*, 41(4). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000400015>
- Ludwing, M. W., Bortolon, C., Bortolini, M., Feoli, A. M., Macagnan, F. E., & Oliveira, M. S. (2012). Ansiedade, depressão e estresse em pacientes com síndrome metabólica. *Arq. Bras. Psicologia*, 64(1), 31-46. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v64n1/v64n1a04.pdf>
- Melca, I. A., & Fortes, S. (2014). Obesidade e transtornos mentais: construindo um cuidado efetivo. *Rev. Hosp. Univ. Ped. Ernesto*, 13(1), 18-25. doi: 10.12957/rhupe.2014.9794
- Moraes, A. L., Almeida, E. C., & Souza, L. B. (2013). Percepções de obesos deprimidos sobre os fatores envolvidos na manutenção da sua obesidade: investigação numa unidade do Programa Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. *Phy. Rev. Saú. Coletiva*, 23(2), 553-572. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000200012>
- Scott, K. M., Bruffaerts, R., Simon, G. E., Alonso, J., Angermeyer, M., Girolamo, G., et al. (2008). Obesity and mental disorders in the general population: Results from the world mental health surveys. *Inter. Jou. Obesity*, 32(1), 192-200. doi: 10.1038/sj.ijo.0803701
- Sociedade Brasileira de Cardiologia. (2005). I diretriz Brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. *Arq. Bras. Cardiologia*, 84(1), 15-25. Recuperado de <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2005/sindromemetabolica.pdf>
- Tosetto, A. P., & Júnior, C. A. S. (2008). Obesidade e sintomas de depressão, ansiedade e desesperança em mulheres sedentárias e não sedentárias. *Med. (Rib. Pre. Online)*, 41(4), 497-507. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v41i4p497-507>
- Verdolin, L. D., Nascida, A. R., Júnior, R. O. G., Silva, T. F. C., & Belmonte, T. A. (2012). Comparação entre a prevalência de transtornos mentais em pacientes obesos e com excesso de peso. *Scientia Medica*, 22(1), 25-31. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/9918/7530>
- Witt, J. G., & Schneider, A. P. (2011). Nutrição estética: Valorização do corpo e da beleza através do cuidado nutricional. *Rev. Ciên. Saú. Coletiva*, 16(9), 3909-3916, 2011. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000027>

World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=456E76F1558AB4DB28CDF4E0B03D2B3A?sequence=1>

World Health Organization. WHO (2018). *Obesity and overweight*. Recuperado de <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>