Artigo original

Prevalência e associação entre obesidade e transtornos mentais

Prevalence and association between obesity and mental disorders

Carlos Eduardo Leal Vidal[1,2], Natália Jéssica Mendes Araújo[1], Bruna Miarelli Piedade Queiroz[1], Maria Eduarda Bastos Bertolin[1], Maria Eduarda Daldegan Ferreira[1], Vitória Cruz Da Silveira Morais[1].

[1] Faculdade de Medicina de Barbacena - FUNJOBE
[2] Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais; Faculdade de Medicina de Barbacena - FUNJOBE.

Autor correspondente: Carlos Eduardo Leal Vidal . E-mail: celv@uol.com.br. Praça Presidente Antônio Carlos, 08 - São Sebastião Barbacena – MG CEP 36202-336. Telefone: 32 3339-2950 - www.funjob.edu.br
Faculdade de Medicina de Barbacena – Fundação José Bonifácio Lafayette de Andrada.

Instituição: Centro Ambulatorial Dr. Agostinho Paolucci (Hospital Escola), Unidade Básica de Saúde Santa Cecília, Unidade Básica de Saúde Vilela, Unidade Básica de Saúde Santo Antônio, Unidade Básica de Saúde Funcionários.

Resumo

Introdução. A obesidade é considerada uma doença crônica, de etiologia multifatorial e que provoca prejuízos físicos e psicológicos, podendo tanto ser causada, como ser causadora de distúrbios psíquicos. **Objetivo.** O objetivo do presente estudo foi o de verificar a associação entre obesidade e transtornos psiquiátricos/psicológicos em pacientes ambulatoriais. **Materiais e métodos.** Trata-se de um estudo com delineamento transversal onde verificou-se a prevalência e associação de transtornos mentais e obesidade em pacientes atendidos em Unidades de Saúde de Barbacena – MG e no ambulatório-escola da Faculdade de Medicina de Barbacena, que foi efetivado por meio de aplicação de questionário (SRQ - Self-Reporting Questionnaire) e cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC). **Resultados:** Foram avaliados 301 pacientes, sendo 251 (83,4%) do sexo feminino. A prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) foi de 47,8% (IC 95% 42,2-53,5). As variáveis que se mostraram associadas à presença de sintomas psiquiátricos na análise foram: a presença de comorbidades (p=0,045), possuir idade entre 30-59 anos (p=0,053) e uso de medicação psiquiátrica (p=0,000). **Conclusão:** Os resultados obtidos indicam a necessidade de implementação de serviços de saúde, voltados para a população alvo desta pesquisa, para acompanhamento psicológico. Para tanto, são necessários maiores investimentos na área e melhor capacitação dos profissionais das unidades de saúde.

Palavras-chave: Obesidade. Transtornos mentais. Saúde mental.

Abstract

Introduction. Obesity is considered a chronic disease with a multifactorial etiology that causes physical and psychological damage, which can be caused or be the cause of psychological disorders. **Objective**. The objective of the present study was to verify the association between obesity and psychiatric/psychological disorders in outpatients. **Materials and methods.** This is a cross-sectional study which verified the prevalence and association of mental disorders and obesity in patients treated at Health Units in Barbacena - MG and at the outpatient clinic of the Faculty of Medicine of Barbacena. The study was carried out through a survey application (SRQ - Self-Reporting Questionnaire) and calculation of de Body Mass Index (BMI). **Results:** a total of 301 patients were evaluated, 251 (83,4%) of them being female. The prevalence of Common Mental Disorders (CMD) was 47.8% (95% CI 42.2-53.5). The variables that were associated with the presence of psychiatric symptoms in the analysis were: the presence of comorbidities (p=0,045), being aged between 30-59 years (p=0.053) and use of psychiatric medication. **Conclusion:** The obtained results indicate the need to implement health services, aimed at the target population of this study. Therefore, greater investments are needed in the area and better training of professionals at health units.

Keywords: Obesity. Mental disorders. Mental health.

1. INTRODUÇÃO E LITERATURA

O Brasil tem cerca de 18 milhões de pessoas consideradas obesas. Somando o total de indivíduos acima do peso, o montante chega a 70 milhões, o dobro de há três décadas, conforme cita a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. De acordo com dados do Ministério da Saúde, boa parte da população brasileira está acima do peso. O índice de obesidade que em 2006 era de 43%, atingiu o percentual de 48,5% em 2011 e, um ano depois chegou a atingir 51% da população com algum grau de obesidade[1,2].

A obesidade é caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal no indivíduo. Para o diagnóstico em adultos, o parâmetro utilizado mais comumente é o do índice de massa corporal (IMC). O IMC é calculado dividindo-se o peso do paciente pela sua altura elevada ao quadrado. É o padrão utilizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que identifica o peso normal quando o resultado do cálculo do IMC está entre 18,5 e 24,9Kg/m². Para ser considerado obeso, esse índice deve estar acima de 30Kg/m².

Num contexto histórico, ao longo dos séculos, ocorreram várias mudanças em relação ao conceito etiológico da obesidade, desde a antiguidade em que era relacionada à fertilidade, passando pelas falhas pessoais, alcançando os dias atuais onde são considerados diversos fatores, entre eles, metabólicos, nutricionais, fisiológicos e psicológicos envolvidos na patogenia para o desenvolvimento da obesidade[3]. Portanto, sendo, hoje, considerada uma doença crônica, de etiologia multifatorial e que causa prejuízos tanto físicos como psicológicos, ou seja, esta afecção pode tanto ser causada, como ser causadora de distúrbios psíquicos, e se constitui em importante fator de risco para uma série de doenças.

O obeso tem mais propensão a desenvolver problemas como hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes tipo II, entre outras[4]. O excesso de peso pode estar ligado ao patrimônio genético da pessoa, maus hábitos alimentares, disfunções endócrinas e a fatores de ordem psicossocial. Em relação a esses últimos, destacam-se os chamados Transtornos Mentais Comuns (TMC), caracterizados pela presença de sintomas depressivos e ansiosos, mas que não preenchem os critérios formais para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade[5]. A literatura[6,7] aponta haver clara associação recíproca entre obesidade e depressão, sendo verificado que 58% das pessoas depressivas tendem a se tornar obesas, ao passo que 55% das pessoas obesas tendem a se tornar depressivas ao longo da vida. Contudo, ainda há muito que se discutir com relação a essa morbidez e quais distúrbios estariam associados ao processo de ganho de peso.

Além disso, há um consenso entre os autores[8,9] de que há variáveis psicológicas envolvidas no desenvolvimento e manutenção da obesidade relacionadas a algum tipo de sofrimento psíquico, como ansiedade, raiva, tristeza, culpa, preocupação, vivência de estressores psicossociais, além de um prejuízo da autoimagem e da autoestima. Há relatos da literatura[10] que destacam o predomínio de mulheres com transtorno depressivo entre os pacientes obesos e com sobrepeso, podendo ser pela influência da mídia em exaltar um padrão estético magro, dentre outras questões, como a desinibição alimentar causada por uma restrição dietética que gera ansiedade e compulsão alimentar periódica. Os portadores desta comorbidade apresentam tais problemas, estando associados, também, a fatores econômicos, quando relacionada aos grandes gastos com tratamento para a obesidade; e físicos quando relacionados aos problemas de locomoção e restrição de atividades.

Ademais, é importante entender que esse processo de sobrecarga psicológica se desenvolve como parte do processo de adoecimento. Diversos estímulos geram esta sobrecarga, que vão desde a predisposição genética até o contexto social[11], somando-se às dificuldades de vida, pretéritas e atuais, daquele indivíduo que procura por cuidado médico. Nesse processo, é de fundamental importância a figura do profissional da saúde no acolhimento, conduta e abordagem adequados a esse paciente, no sentido de correta condução do tratamento e da prevenção desses agravos.

Considerando que há evidências de que a prevalência de obesidade e o impacto relativo na saúde pública poderão aumentar ainda mais nos próximos anos[12], ambas as condições merecem nossa atenção. Por haver um forte motivo para acreditar que distúrbios psíquicos e elevações de peso estejam interligadas, por meio de um ciclo de reforço mútuo de alterações, é fundamental obter uma melhor compreensão dos mecanismos responsáveis por tais condições, que são reforçados através deste trabalho. Assim, o objetivo do presente estudo foi o de verificar a associação entre obesidade e transtornos psiquiátricos/psicológicos em pacientes ambulatoriais.

2. MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional com delineamento transversal onde verificou-se a associação entre obesidade e a presença de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em pacientes atendidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e no ambulatório-escola da Faculdade de Medicina de Barbacena, no período de maio de 2020 a junho de 2021.

2.1 Local do estudo

O estudo foi realizado nas UBS e ambulatório-escola da Faculdade de Medicina de Barbacena, no município de Barbacena, cidade de médio porte do interior de Minas Gerais e com população aproximada de 140.000 habitantes. Na área da saúde pública possui 19 UBS, contando com 25 equipes da Estratégia de Saúde da Família, cerca de 30 médicos generalistas, 25 enfermeiros, 28 técnicos de saúde e 178 agentes de saúde. Apresenta cobertura de Atenção Básica de 83%, considerando população média de 3000 habitantes por equipe[13]. No ambulatório são atendidos 850 pacientes por mês, distribuídos em várias especialidades de clínica médica e cirúrgica.

2.2 População

Foram selecionadas quatro UBS (Unidades Básicas de Saúde) do município e o ambulatório-escola. As UBS foram selecionadas pelos critérios de melhor organização, estrutura e fácil acesso para o estudo. Foi estabelecido um número de 80 entrevistados em cada serviço. A amostra foi calculada estimando-se prevalência de 30% de obesidade na população adulta residente, nível de significância de 5% e poder de 80%, acrescida de 10% de possíveis perdas ou dados incompletos, o que correspondeu a uma amostra final de 400 participantes.

2.3 Procedimentos

O questionário foi aplicado pelos autores, devidamente treinados para a aplicação do instrumento. As entrevistas foram realizadas semanalmente nas unidades de saúde selecionadas, no período de funcionamento do serviço, durante dois semestres. Os pacientes cadastrados nos serviços e que procuraram a UBS para algum procedimento médico ou de enfermagem e que preencheram os critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa. Pacientes com IMC acima de 25kg/m² e os obesos (IMC igual ou superior a 30kg/m²), com idade superior a 18 anos, que procuraram a unidade de saúde para algum procedimento médico ou de enfermagem foram incluídos no estudo. A aferição da altura e do peso foi feita pelos autores e realizada em balanças e medidores das unidades de saúde. Pacientes com déficit cognitivo impedindo a compreensão do questionário foram excluídos da pesquisa.

2.3.1 Instrumento de medida

O SRQ (Self-Reporting Questionnaire) é um questionário destinado à identificação de distúrbios psiquiátricos, desenvolvido por Harding*et al.* e validado no Brasil por Mari & Willians (1986) e, posteriormente, por Gonçalves *et al.* (2008). O SRQ-20 para rastreamento de transtornos mentais é composto de 20 questões tipo sim/não (quatro sobre sintomas físicos e 16 sobre distúrbios psicoemocionais)[14]. Cada resposta afirmativa pontua com o valor 1 para compor o escore final por meio do somatório destes valores. Os escores obtidos estão relacionados com a probabilidade de presença de transtorno não-psicótico, variando de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade). No presente estudo adotou-se ponto de corte igual ou maior que oito pontos. Além do SRQ, os participantes responderam a questões relacionadas a variáveis socioeconômicas e clínicas. As variáveis independentes investigadas foram: idade, renda familiar (em salários mínimos, considerando o valor atual de R$ 1100,00), escolaridade, religião, estado civil, profissão, tabagismo, uso de bebidas, doenças clínicas, tratamento psicológico ou psiquiátrico, medicação psiquiátrica em uso, realização de atividades físicas, padrão alimentar, dieta, história familiar de obesidade, tentativas de emagrecimento.

2.4 Análise estatística

Foram construídas tabelas para distribuição de frequências, médias e desvio-padrão para as variáveis estudadas e tabelas com a relação e comparação do parâmetro obesidade x transtorno mental. A existência de associação entre as variáveis do estudo foi medida pelos testes de Qui-quadrado ou t de student, conforme o caso. Os dados de cada participante foram registrados em planilhas do programa Excel. A análise estatística foi realizada no software SPSS versão 17.0. O nível de significância adotado foi de 5%.

2.5 Aspectos Éticos

Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Barbacena sob o número de parecer: 4.063.603.

3. RESULTADOS

Foram avaliados 301 pacientes, incluindo homens e mulheres. A idade dos entrevistados variou entre 18 e 83 anos, com média de 47,3±14,4 anos. Dados relacionados ao estado civil, variáveis clínicas, uso de bebidas alcóolicas, uso de tabaco, prática de atividade física, presença de comorbidades e uso de medicação psiquiátrica estão representados na (TABELA 1).

Tabela 1. Características de pacientes com sobrepeso e obesidade segundo variáveis sociodemográficas e clínicas, Barbacena, MG, 2021.

Variáveis	n	(%)
Álcool		
Sim	87	28,9
Não	214	71,1
Tabagismo		
Sim	54	17,9
Não	247	82,1
Atividade física		
Sim	75	24,9
Não	226	75,1
Comorbidades		
Sim	174	57,8
Não	127	42,2
SRQ		
Positivo	144	47,8
Negativo	157	52,2
Estado civil		
Casado	162	53,8
Solteiro	87	28,9
Divorciado	27	9,0
Viúvo	25	8,3
Medicação psiquiátrica		
Sim	96	31,9
Não	205	68,1
Idade		
18-29	40	13,3
30-59	190	63,1
>60	71	23,6
IMC		
Sobrepeso	75	24,9
Obesidade	194	64,5
Obesidade mórbida	32	10,6
Renda		
≤ 2 salários mínimos	207	68,8
≥ 3 salários mínimos	94	31,2
Escolaridade		
< 9 anos de estudo	140	46,5
> 9 anos de estudo	161	53,5
Sexo		
Masculino	50	16,6
Feminino	251	83,4

SRQ: *Self-Reporting Questionnaire*

A prevalência de TMC, obtida por meio do SRQ, foi de 47,8% (IC 95% 42,2-53,5). Entre os 144 participantes portadores de TMC a maioria não praticava nenhuma atividade física (78,4%) e possuía alguma comorbidade (63,1%). Em relação ao uso de medicação psiquiátrica, 71 (49,3%) afirmaram o uso. As variáveis que se mostraram associadas à presença de sintomas psiquiátricos na análise foram: a presença de comorbidades (p=0,045), possuir idade entre 30-59 anos (p=0,053) e fazer uso de medicação psiquiátrica (p=0,000). Os demais dados relacionados ao TMC estão representados na (TABELA 2).

Tabela 2. Análise das variáveis sociodemográficas e clínicas de pacientes com obesidade e sobrepeso com relação aos resultados obtidos através do SRQ, Barbacena, MG, 2021.

Variáveis	TMC + (%)	TMC – (%)	Valor p
IMC			
Sobrepeso	31 (41,3)	44 (58,7)	0,398
Obesidade	96 (49,5)	98 (50,5)	
Obesidade mórbida	17 (53,1)	15 (46,9)	
Estado civil			
Casado	77 (47,5)	85 (52,5)	0,640
Solteiro	40 (46,0)	47 (54,0)	
Divorciado	16 (59,3)	11 (40,7)	
Viúvo	11 (44,0)	14 (56,0)	
Álcool			
Sim	37 (42,5)	50 (57,5)	0,147
Não	107 (50,0)	107 (50,0)	
Tabagismo			
Sim	25 (46,3)	29 (53,7)	0,461
Não	119 (48,2)	128 (51,8)	
Atividade Física			
Sim	31 (41,3)	44 (58,7)	0,121
Não	113 (50,0)	113 (50,0)	
Comorbidades			
Sim	91 (52,3)	83 (47,7)	0,045
Não	53 (41,7)	74 (58,3)	
Idade			
18-29	15 (37,5)	25 (62,5)	0,053
30-59	101 (53,2)	89 (46,8)	
>60	28 (39,4)	43 (60,6)	
Escolaridade			
< 9 anos de estudo	71 (50,7)	69 (49,3)	0,208
> 9 anos de estudo	73 (45,3)	88 (54,7)	
Sexo			
Masculino	22 (44,0)	28 (56,0)	0,330
Feminino	122 (48,6)	129 (51,4)	
Medicação psiquiátrica			
Sim	71 (74,0)	25 (26,0)	0,000
Não	73 (35,6)	132 (64,4)	

TMC: Transtornos Mentais Comuns
SRQ: *Self-Reporting Questionnaire*

Entre os sintomas abordados pelo SRQ, os mais relatados foram: sono dificultado (55,8%), nervosismo (85,7%), tristeza (52,5%) e cansaço fácil (61,8%); compreendendo, respectivamente, os grupamentos de sintomas somáticos, sintomas de humor depressivo/ ansioso e decréscimo de energia.

Com relação ao IMC, foram observados valores entre 25 e 59,3, com média igual a 33,1±5,4. Foi observado que 64,5% da amostra apresentou IMC compatível com obesidade do tipo 1, 24,9% apresentaram sobrepeso e 10,6% apresentaram obesidade mórbida. Não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis socioeconômicas e clínicas e os dados obtidos relacionados aos valores de IMC. Estes dados estão representados na (TABELA 3).

Tabela 3. Análise das variáveis socioeconômicas e clínicas de pacientes com sobrepeso e obesidade com relação aos resultados obtidos com base no IMC, Barbacena, MG, 2021.

Variáveis	Sobrepeso (%)	Obesidade (%)	Obesidade mórbida (%)	Valor p
Atividade física				
Sim	22 (29,3)	47 (62,7)	6 (8,0)	0,477
Não	53 (23,5)	147 (65,0)	26 (11,5)	
Tabagismo				
Sim	16 (29,6)	32 (59,3)	6 (11,1)	0,645
Não	59 (23,9)	162 (65,6)	26 (10,5)	
Comorbidades				
Sim	38 (21,8)	114 (65,5)	22 (12,6)	0,201
Não	37 (29,1)	80 (63,0)	10 (7,9)	
Sexo				
Feminino	67 (26,7)	155 (61,8)	29 (11,6)	0,089
Masculino	8 (16,0)	39 (78,0)	3 (6,0)	
Medicação psiquiátrica				
Sim	20 (20,8)	62 (64,6)	14 (14,6)	0,222
Não	55 (26,8)	132 (64,4)	18 (8,8)	
Idade				
18-29	7 (17,5)	29 (72,5)	4 (10,0)	0,445
30-59	46 (24,2)	121 (63,7)	23 (12,1)	
>60	22 (31,0)	44 (62,0)	5 (7,0)	
Escolaridade				
< 9 anos de estudo	27 (19,3)	97 (69,3)	16 (11,4)	0,109
> 9 anos de estudo	48 (29,8)	97 (60,2)	16 (9,9)	
Alcoolismo				
Sim	16 (30,2)	30 (56,6)	7 (13,2)	0,224
Não	10 (29,5)	24 (61,4)	1 (9,1)	

IMC: Índice de Massa Corporal

Sobre as demais variáveis analisadas encontrou-se associação entre: sexo e renda (p=0,026), em que 179 (71,3%) mulheres possuíam renda de até 2 salários mínimos; sexo e tabagismo (p=0,002), onde 17 (34,0%) homens faziam uso de tabaco; sexo e álcool (p=0,009), em que 22 (44,0%) homens faziam uso de álcool; e entre sexo e HAS (p=0,026), sendo que 30 (60,0%) homens possuíam hipertensão arterial sistêmica.

4. DISCUSSÃO

A prevalência de transtornos mentais comuns em indivíduos com sobrepeso e obesos verificada nesse estudo foi superior à observada na população geral brasileira, a qual varia entre 24 a 38%[15,16]. Alguns estudos nacionais apresentam resultados discrepantes, com prevalência variando de 41 a 55%[16,17]. As divergências nas taxas de prevalência podem ser explicadas, em parte, pelos diversos contextos em que foram realizados e por contemplarem diferentes populações[16].

Globalmente, a prevalência de TMC varia de acordo com o nível de desenvolvimento socioeconômico regional, gênero, grau de escolaridade, instrumentos diagnósticos utilizados, tamanho da amostra e período avaliado. Revisão sistemática realizada em 2014 mostrou que quase um em cada cinco entrevistados (17,6%; IC 95%: 16,3-18,9%) preencheram os critérios para TMC durante os 12 meses anteriores e 29,2% (IC 95%: 25,9-32,6%) foram identificados como tendo experimentado TMC em algum momento de suas vidas. Apesar do elevado grau de heterogeneidade entre os estudos incluídos na metanálise, os resultados confirmam que os transtornos mentais comuns são altamente prevalentes e afetam pessoas em todas as regiões do mundo[18].

Especificamente com relação à obesidade, a literatura aponta associação do peso com a presença de sintomas psíquicos e alguns transtornos psiquiátricos[2,19]. Algumas pesquisas realizadas, como o estudo observacional realizado por Roberts, *et al*[20], mostrou que pacientes obesos e comedores compulsivos têm maior propensão em desenvolver transtornos psiquiátricos. Um estudo[21] feito em pacientes obesos grau III evidenciou que, em uma amostra de 50 pacientes, uma parcela considerável possuía algum transtorno alimentar associado a outros transtornos psiquiátricos, mostrando a vulnerabilidade e suscetibilidade desses pacientes, tornando-os propensos ao acometimento por transtornos psiquiátricos de variados aspectos.

Na amostra avaliada a presença de TMC foi observada naqueles que tinham alguma comorbidade, estavam na faixa etária de 30-59 anos de idade e faziam uso de psicofármacos. Considera-se haver uma relação diretamente proporcional entre estas variáveis e a presença de TMC[22,23], indicando que, com o avançar da idade e o desenvolvimento de outras comorbidades, as chances de desenvolver TMC podem aumentar. De acordo com os estudos feitos por Maragno *et al*[15] e Santos *et al*[24], realizados no município de São Paulo, houve correlação positiva entre comorbidade e presença de TMC, bem como a associação com faixas etárias mais altas.

Em relação às comorbidades associadas ao quadro de TMC, considerando todas as doenças citadas durante as entrevistas, verificou-se associação entre comorbidades e presença de TMC, sendo que as mais citadas foram hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, correspondendo à maioria da amostra, como visto também em outro estudo[22] avaliado.

Outros estudos[15,24] também mostraram haver associação entre determinadas variáveis e a presença de TMC, como baixa escolaridade, baixa renda e ser do sexo feminino, reafirmando a prevalência de TMC em grupos sociais mais vulneráveis; essa relação pode ser atribuída a déficits cognitivos e intelectuais, baixo desempenho e desenvolvimento psíquico[25]. No presente estudo não se verificou associação estatisticamente significativa entre tabagismo, alcoolismo, renda, escolaridade e a presença de TMC.

Apesar da diferença não ter sido estatisticamente significante, notou-se maior prevalência de TMC entre aqueles que não praticavam nenhuma atividade física, o que está de acordo com a literatura[26]. Estudo realizado em município do nordeste brasileiro apontou prevalência menor entre aqueles que participavam mais de atividades físicas e de lazer. Além disso, em relação a estes participantes, em maior parte, observou-se que eram do sexo feminino, casados e obesos; e, um menor percentual fazia uso de medicação psiquiátrica.

Sobre o uso de medicamentos psiquiátricos, a prevalência encontrada foi um pouco mais elevada em relação a um estudo que verificou a associação entre o uso de psicofármacos[5] e a presença de TMC, que mostrou que 28,7% da população avaliada fazia uso de psicofármacos, o que indica que, se associada à presença de transtornos psíquicos, o uso de psicofármacos aumenta[27]. Esses dados podem indicar causalidade reversa, o que ocorre quando a exposição muda como resultado da doença. Foi observado também que metade dos portadores de TMC não utilizava psicofármacos, podendo sugerir dificuldades no acesso ao tratamento psiquiátrico ou que os sintomas apresentados fossem leves e alguns pacientes não necessitassem de assistência especializada.

Com base em outras variáveis, foi observado que as mulheres possuíam menor renda em relação ao sexo oposto e os homens faziam maior consumo de tabaco

se comparado ao sexo feminino. Os resultados de outro estudo[28] corroboram com os dados encontrados nessa amostra. Em contrapartida, a prevalência de hipertensão neste estudo se mostrou maior em indivíduos do sexo masculino, diferentemente de estudos[29,30] realizados anteriormente, que determinam maior prevalência em mulheres.

Aponta-se, neste estudo, alguns fatores que possam ter causado interferência nos resultados, como a existência de timidez e retração em dar as respostas corretamente em relação aos fatores mentais, por medo de julgamentos ou estigmas; e não foi utilizado método de avaliação específico em relação ao uso de bebidas alcóolicas e de medicações psiquiátricas, sendo julgada apenas a fala do entrevistado. E, por este estudo possuir um delineamento observacional transversal, não se pode julgar haver causalidade entre as informações obtidas e os aspectos avaliados. Outra limitação diz respeito ao fato desse estudo ter sido realizado durante a pandemia de Covid-19, o que impediu de se atingir a amostra calculada. A redução de 25% no número de participantes pode ter influenciado nos resultados encontrados.

5. CONCLUSÃO

Considerada hoje uma doença crônica, a obesidade, de etiologia multifatorial e que causa prejuízos físicos e psicológicos, pode tanto ser causada, como causadora de distúrbios psíquicos, e se constitui em importante fator de risco para uma série de doenças.

Os resultados deste trabalho mostraram uma alta taxa de TMC na população selecionada, sendo superior à população geral, entretanto não foi observada relação direta entre obesidade e presença de TMC. Embora não se tenha encontrado esta correlação, estes dados reforçam a necessidade de políticas públicas de acolhimento e apoio à população obesa, para melhora da qualidade de vida e incentivo à procura de serviços de saúde para acompanhamento psicológico.

É necessário ressaltar a elevada frequência de comorbidades entre os entrevistados, colocando a obesidade a nível de saúde pública como um problema não somente psiquiátrico, mas que envolve outras esferas da medicina, principalmente voltadas para a prevenção de doenças nessa população.

Com relação ao uso de medicamentos psiquiátricos, a prevalência não foi preocupante, porém, o que chama a atenção é a presença de pacientes em sobrepeso e obesidade que possuíam transtornos mentais, de acordo com a resposta ao questionário, e não faziam uso de medicação adequada, provavelmente indicando não haver assistência médica adequada a esses pacientes.

Portanto, avaliando estes aspectos citados e as demais variáveis deste estudo, os resultados obtidos indicam a necessidade de implementação de serviços de saúde, voltados especificamente para a população alvo desta pesquisa, para acompanhamento psicológico adequado e avaliando todas as suas necessidades como um todo. Para tanto, se fazem necessários maiores investimentos na área e melhor capacitação dos profissionais das unidades de saúde.

6. REFERÊNCIAS

1. Lima ACR, Oliveira AB. Fatores psicológicos da obesidade e alguns apontamentos sobre a terapia cognitivo-comportamental. Mudanças – Psicologia da Saúde. 2016; 24 (1): 1-14.
2. Scott KM, Mcgee MA, Wells JE, Browne MAO. Obesity and mental disorders in the adult general population [erratum publicado encontra-se em J Psychosom Res. 2008 Jul;65(1): 99]. J Psychosom Res. 2008 Jan;64(1):97-105.
3. Baptista MN, Vargas JF, Baptista ASD. Depressão e qualidade de vida em uma amostra brasileira de obesos mórbidos. Aval psicol 2008; 7 (2): 235-247
4. Veggi AB, Lopes CS, Faerstein E, Sichieri R. Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro. Rev Bras Psiquiatr. 2004; 26 (4): 242-247.
5. Vidal CEL, Yañez BFP, Chaves CVS, Yañez CFP, Michalaros IA, Almeida LAS. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres. Cad saúde colet. 2013; 21 (4): 457-464.
6. Luppino FS, Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BWJH, *et al.* Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Arch Gen Psychiatry. 2010; 67(3): 220-9.
7. Fezeu LK, Batty GD, Gale CR, Kivimaki M, Hercberg S, Czernichow S. Is the Relationship between Common Mental Disorder and

Adiposity Bidirectional? Prospective Analyses of a UK General Population-Based Study. PLoS One. 2015; 10 (7): e0119970.

8. Verdolin LD, Borner ARS, Guedes junior RO, da Silva TFC, Belmonte TSA. Comparação entre a prevalência de transtornos mentais em pacientes obesos e com sobrepeso. Scientia Medica. 2012; 22 (1): 25-31.
9. Guerra LSD. Frequência de transtornos mentais em pacientes obesos candidatos à cirurgia bariátrica por meio de Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do DSM. [Dissertação de Mestrado] São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2014.
10. Melca IA, Fortes S. Obesidade e transtornos mentais: construindo um cuidado efetivo. Revista HUPE. 2014; 13(1); 18-25
11. Haukkala A, Uutela A. Clinical hostility, depression, and obesity: the moderating role of education and gender. Int J Eat Disord. 2000; 27(1): 106-9.
12. Pinheiro ARO, Freitas SFT, Corso ACT. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. Revista de Nutrição. 2004; 17 (4); 523-533.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS. Datasus [Internet]. 2020. [Acesso em 6 de maio de 2020]. Disponível em <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/>.
14. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. Cad Saúde Pública. 2008;24(2):380-90
15. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. Cad de Saúde Pública. 2006; 22 (8): 1639-1648
16. Moreira JKP, Bandeira M, Cardoso CS, Scalon JD. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. Jornal Bras de Psiq. 2011; 60 (3): 221-226.
17. Santos DN. Epidemiologia da saúde mental no Brasil. Cad de Saúde Pública. 2008; 24 (8): 1955-1956.
18. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, *et al*. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. Int J Epidemiol. 2014; 43 (2): 476-93.
19. Knüppel A, Shipley MJ, Llewellyn CH, Brunner EJ. Weight change increases the odds of psychological distress in middle age. Psychol Med. 2019; 49 (15): 2505-2514.
20. Roberts RE, Deleger S, Strawbridge WJ, Kaplan GA. Prospective association between obesity and depression: evidence from the Alameda County Study. Int J Obes Relat Metab Disord. 2003; 27 (4): 514-521.
21. Matos MIR, Aranha LS, Faria AN, Ferreira SRG, Bacaltchuck J, Zanella MT. Transtorno da compulsão alimentar periódica, ansiedade, depressão e imagem corporal em pacientes com obesidade grau III. Rev Bras de Psiq. 2002; 24 (4), 165–169.
22. Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. Braz J Psychiatry. 2008; 30(1): 32-37.
23. Medeiros LF. A inter-relação entre transtornos mentais comuns, gênero e velhice: uma reflexão teórica. Cad Saúde Colet. 2019; 27 (4): 448-454.
24. Santos GBV, Alves MCGP, Goldbaum M, Cesar CLG, Gianini RJ. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. Cad de Saúde Púb. 2019; 35 (11): e00236318.
25. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. Bull World Health Organ. 2003; 81 (8): 609-15.
26. Rocha SV, Almeida MMG, Araújo TM, Virtuoso Júnior JS. Atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em um município do nordeste do Brasil. J Bras de Psiquiat. 2011; 60 (2): 871-883.
27. Lima MCP, Menezes PR, Carandina L, César CLG, Barros MBA, Goudbaum M. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. Rev Saúde

Pública. 2008; 42 (4): 717-723.

28. Sávio KEO, Costa THM, Schmitz BAS, Silva EF. Sexo, renda e escolaridade associados ao nível de atividade física de trabalhadores. Rev Saúde Pública. 2008; 42(3): 457-463.
29. Costa JSD, Barcellos FC, Sclowitz ML, Sclowitz IKT, Castanheira M, Olinto MTA, *et al*. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Arq Bras Cardiolog. 2007; 88 (1): 59-65.
30. Malta DC, Gonçalves RPF; Machado IE; Freitas MIF; Azeredo C, Szwarcwald CL. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. Rev Bras Epidemiol. 2018; 21 (1): e180021.