

USO DE MEDICAMENTOS E EXCESSO DE PESO CORPORAL EM PACIENTES COM DEPRESSÃO

Renata Damaceno Pinto, Ricardo Vianna Martins e Nilce Coelho Peixoto

RESUMO:

O objetivo foi averiguar a frequência de excesso ponderal em sujeitos com depressão usuários do Centro de Atenção Psicossocial (Palmeira das Missões/RS/Brasil) que utilizam fármacos no tratamento. Este estudo é do tipo transversal observacional, com abordagem descritiva e quantitativa. Foram avaliados 20 participantes, por meio da coleta das seguintes informações: sociodemográficas, sobre a enfermidade, peso corporal, estatura, compulsão e recordatório alimentares. Prevaleram mulheres, brancas, casadas, com pouca escolaridade e sedentárias. As medicações mais utilizadas foram as ansiolíticas antimaníaca e as antidepressivas tricíclicas e inibidoras da recaptção de serotonina. Na amostra estudada apresentaram compulsão alimentar 40%, edema, 45%, e excesso de peso, 75% dos indivíduos, com 40% de obesos. O sobrepeso predominou no sexo masculino e a obesidade, no feminino. Os indivíduos diagnosticados com síndrome depressiva em tratamento medicamentoso apresentam excesso de peso corporal. Assim, a inclusão do nutricionista e educador físico na equipe de saúde é imprescindível, visando à limitação do desenvolvimento ou a diminuição deste indutor de enfermidades crônicas.

Palavras-chave: Transtornos da alimentação e da ingestão de alimentos, Antidepressivos, Obesidade, Sobrepeso.

USE OF MEDICATIONS AND EXCESS OF BODY WEIGHT IN PATIENTS WITH DEPRESSION

ABSTRACT:

The purpose to investigate the frequency of excess of weight in subjects with depression users of the Psychosocial Care Center (Palmeira das Missões/RS/Brazil) who use drugs for treatment. This study is of the observational cross-sectional type, with a descriptive and quantitative approach. Twenty subjects were evaluated through the collection of the following information: sociodemographic, disease, body weight, height, food compulsion and recall. White, married, with low educated and sedentary women prevailed. The most commonly used drugs were anti-anxiolytics and tricyclic antidepressants and serotonin reuptake inhibitors. In the sample studied presented binge eating 40%, edema, 45%, and overweight, 75% of the subjects, with 40% obese. Overweight predominated between males and obesity, among females. The individuals diagnosed with depressive syndrome under drug treatment have excess body weight. Then, the inclusion of nutritionist and physical educator in the health team is essential, aiming at the inhibition of development or reduction of this inducer of chronic diseases.

Key words: Eating and eating disorders, Antidepressants, Obesity, Overweight.

USO DE MEDICACIÓN Y EXCESO DE PESO CORPORAL EN PACIENTES CON DEPRESIÓN

RESUMEN:

El objetivo fue conocer la frecuencia de sobrepeso en sujetos con depresión que son usuarios del Centro de Atención Psicossocial (Palmeira das Missões/RS/Brasil) que consumen drogas en el tratamiento. Se trata de un estudio observacional transversal, con enfoque descriptivo y cuantitativo. Se evaluó a veinte participantes mediante la recopilación de la siguiente información: sociodemográfica, sobre la enfermedad, peso corporal, altura, compulsión y recuerdo de alimentos. Predominaron las mujeres blancas, casadas, con baja escolaridad y sedentarias. Los medicamentos más utilizados fueron los ansiolíticos antimanía y los antidepressivos tricíclicos y los inhibidores de la recaptación de serotonina. En la muestra estudiada presentaban atracones 40%, edema 45% y sobrepeso 75% de los individuos, con 40% obesos. Predominó el sobrepeso en los hombres y la obesidad en las mujeres. Las personas diagnosticadas con síndrome depresivo en tratamiento farmacológico tienen sobrepeso. Por tanto, la inclusión de un nutricionista y un educador físico en el equipo de salud es fundamental, con el objetivo de limitar el desarrollo o reducir este inductor de enfermedades crónicas.

Palabras clave: Trastornos de la alimentación y de la ingesta de alimentos, Antidepressivos, Obesidad, Sobrepeso.

Introdução

O excesso de peso corporal pode ser provocado pela ingestão alimentar superior ao gasto energético ou por condições como o hipotireoidismo, a síndrome de Cushing, a síndrome dos ovários policísticos, o uso de alguns medicamentos, etc^{1,2}. O peso corporal acima dos limites preconizados salutarmente, sobrepeso e obesidade, é um fator desencadeador de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e de seus agravos. Entre estas podemos citar a hipertensão arterial, o diabetes, as doenças cardiovasculares, as dislipidemias, as neoplasias, os acidentes vasculares encefálicos, a apneia do sono, as doenças articulares, a colelitíase, a esteatose hepática, a pancreatite, o refluxo gastroesofágico, a asma brônquica, a insuficiência renal, a infertilidade, etc¹⁻³. Estudos epidemiológicos têm mostrado que na população brasileira, assim como nas demais populações ocidentais, há altos índices de sobrepeso e obesidade, independentemente de gênero ou faixa etária^{1,3,4}. Tal incremento nestes índices é fruto de uma alimentação pobre em nutrientes saudáveis e essenciais, representada por produtos industrializados e altamente processados, veiculados pelos meios de comunicação social com apelo ao consumismo^{1,4,5}. Entre as estratégias de tratamento destes pacientes estão a atividade física e o controle dietético^{1,4,6}; quando do insucesso destas, tratamento medicamentoso e cirúrgico^{1,5}.

A depressão é um distúrbio do Sistema Nervoso Central (SNC) em que o paciente apresenta sinais ou sintomas como angústia, tristeza profunda, humor deprimido, alterações do sono, falta de motivação, baixa autoestima, pensamentos negativos, isolamento social, agressividade e irritabilidade, dores corporais, alterações do apetite, entre outros⁷⁻¹⁰. As características desta doença psiquiátrica são atribuídas, principalmente, a um desequilíbrio nas concentrações cerebrais de substâncias como a serotonina, a dopamina, a noradrenalina, a acetilcolina, o glutamato, o ácido gama-aminobutírico e as citocinas^{9,11,12}. Os trabalhos de Lin & Kuo¹¹ e de Wiener e seus colaboradores¹² associaram o sedentarismo aos sinais e/ou sintomas da depressão, inclusive descrevendo relação entre intensidade e tipo de atividade física com a ativação de determinados sistemas moduladores das moléculas endógenas implicadas na mitigação da disfunção cerebral¹¹.

O tratamento da patologia depressiva pode ser com o uso de fármacos, da psicoterapia e/ou da fototerapia⁹. Indubitavelmente o tratamento medicamentoso traz benefícios ao estado emocional do paciente, razão pela qual é geralmente adotado pelos profissionais de saúde, embora os demais tratamentos sejam recomendados. Em uma revisão, Shabbir e seus colegas⁹ enumeram fatores e condições que afetam negativamente o indivíduo e que induzem à depressão: doenças degenerativas ou crônicas, toxicomania, estresse pós-traumático, psicoses, Revista Saúde e Meio Ambiente – RESMA, Três Lagoas, v. 11, n. 2, p. 312-325, agosto/dezembro. 2020. ISSN: 2447-8822.

síndromes pré e pós-menstrual, obesidade, condição socioeconômica indesejável e transtornos afetivos. Por outro lado, a atividade física e a dieta rica em triptofano e vitamina B6 (ou piridoxina) inibem tal condição. A vitamina B6 participa das vias anabólicas de neurotransmissores e o aminoácido essencial triptofano é precursor metabólico da serotonina. Assim, mudanças no padrão alimentar e o abandono do sedentarismo auxiliariam no alívio da depressão.

Um trabalho recente abordou a temática mas não estabeleceu parâmetros que instigassem de maneira robusta a vinculação entre tratamento medicamentoso e obesidade/sobrepeso nos pacientes com depressão¹³. Considerando o exposto até aqui, a questão que conduziu a execução desta pesquisa foi: os indivíduos com depressão e tratados com terapia medicamentosa, atendidos pelo Cento de Atenção Psicossocial (CAPS), apresentam excesso de peso corporal? Portanto, o propósito deste trabalho foi averiguar a frequência de excesso ponderal em sujeitos com depressão usuários do CAPS, situado no município de Palmeira das Missões/RS, Brasil, que utilizam fármacos no tratamento.

Material e Método

Este estudo é do tipo transversal observacional, com abordagem descritiva e quantitativa, cuja amostra foi constituída por sujeitos com síndrome depressiva diagnosticada há, pelo menos, seis meses e que são acompanhados pelo CAPS, localizado no município do noroeste sul-rio-grandense de Palmeira das Missões.

Os participantes da pesquisa foram 20 pacientes adultos atendidos/tratados no CAPS com agendamento para consulta durante o período do estudo. Como critérios de inclusão foram estabelecidos: concordar voluntariamente em participar perante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e ter o diagnóstico de depressão feito por profissional médico clínico ou psiquiatra há, pelo menos, seis meses. Os critérios de exclusão compreenderam: diagnóstico de depressão inferior a seis meses e mulheres grávidas. O TCLE assegura aos participantes o anonimato, a possibilidade de desistência de participar do estudo a qualquer momento e a garantia de que não há qualquer risco ou que não ocorrerão danos por conta da sua participação como sujeito do trabalho. Adicionalmente, os indivíduos receberam um Termo de Confidencialidade, no qual constava o comprometimento dos pesquisadores envolvidos em relação à preservação da privacidade dos dados coletados ou informados pelos próprios sujeitos.

Os dados foram coletados no período de outubro a dezembro do ano de 2016. Foram aplicados três instrumentos: a Entrevista Semiestruturada (que incluía a coleta dos dados sociodemográficos, de informações sobre a enfermidade mental e dos parâmetros peso corporal e altura), a Escala de Compulsão Alimentar Periódica e o Recordatório Alimentar de 24 horas. O dado relacionado ao peso corporal usual foi coletado através da pergunta “Qual o seu peso habitual?” e a resposta foi dada informando o valor numérico em quilogramas (kg). Este foi considerado o peso antes do tratamento da patologia depressiva.

As medidas antropométricas de peso corporal (em kg) foram aferidas com o emprego de uma balança digital portátil (marca Tramontina, capacidade para 150 kg) e a estatura (em m) foi coletada por meio de um estadiômetro portátil (marca Cescorf). O índice de massa corporal (IMC) foi calculado com o fim de classificar os pacientes conforme o seu estado nutricional segundo a Organização Mundial da Saúde¹⁴.

A compulsão alimentar foi avaliada por meio da aplicação da Escala de Compulsão Alimentar Periódica e a ingestão calórica e o percentual de macronutrientes consumidos (carboidratos, lipídios e proteínas) foram determinados através do Recordatório Alimentar de 24 h. A presença ou ausência de compulsão alimentar foi estimada pela pontuação obtida na escala e a avaliação do resultado, por meio do escore derivado da mesma. O recordatório, aplicado em três ocasiões num período temporal de 3 semanas distintas para cada pesquisado, a fim de uma verificação mais precisa dos hábitos alimentares, teve seus dados (convertidos em uma média dos resultados dos três momentos de coleta) codificados pelo *software Calcnut* com base no banco de dados da Tabela Brasileira de Composição de Alimentos¹⁵.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram submetidos à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria por meio de um adendo no projeto já existente intitulado “Uso de drogas psicoativas lícitas e ilícitas para fins recreativos ou terapêuticos” (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética: 50647915.9.0000.5346, número do parecer 1.597.084, de 19 de junho de 2016) e seguiu o que determina a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Adicionalmente, foi solicitado o consentimento do Secretário de Saúde Municipal e do responsável pelo CAPS.

Resultados

A maioria dos pacientes foram indivíduos do sexo feminino e com nível de instrução formal de ensino fundamental incompleto (65%) (TAB. 1). O estado civil predominante foi o

Revista Saúde e Meio Ambiente – RESMA, Três Lagoas, v. 11, n. 2, p. 312-325, agosto/dezembro. 2020. ISSN: 2447-8822.

casado e a etnia, a branca (50%). A média de idade foi de $40,7 \pm 7,4$ anos (média \pm desvio padrão da média, assim como nos demais resultados onde há dispersão para a variável informada). A faixa etária prevalente foi a de 31 a 40 anos e 75% tinha idade compreendida entre 31 e 50 anos.

Tabela 1. Características sociodemográficas gerais dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial do município de Palmeira das Missões/RS/Brasil, com diagnóstico de depressão e uso de terapia medicamentosa. Outubro a dezembro de 2016.

Variável	Categoria	N	%
Idade (anos)	21 – 30	2	10
	31 – 40	8	40
	41 – 50	7	35
	51 – 60	3	15
Estado civil	Solteiro	5	25
	Casado	10	50
	Separado	2	10
	Viúvo	3	15
Etnia	Branca	10	50
	Negra	5	25
	Parda	4	20
	Indígena	1	5
Escolaridade	Analfabeto	1	5
	Ensino fundamental incompleto	13	65
	Ensino fundamental completo	5	25
	Ensino médio completo	1	5

Fonte: os próprios autores, 2017

A maioria declarou ser sedentária e apresentar estado emocional ruim (55%; TAB. 2). Metade dos pacientes tinha o diagnóstico de depressão confirmado há pelo menos um ou até cinco anos. Sessenta por cento dos indivíduos não apresentava compulsão alimentar. Entretanto, 35% apresentava nível grave deste transtorno. Em relação ao peso corporal, os resultados demonstraram que a média de peso habitual (antes do aparecimento da doença,

conforme questionamento sobre tal na entrevista semiestruturada) era de $65,2 \pm 12,4$ kg, com um peso mínimo de 40 kg e um peso máximo de 90 kg. Durante o estudo, foi verificada uma média ponderal de $76,7 \pm 17,2$ kg, com um mínimo de 55 kg e um máximo de 121 kg. Houve aumento de peso corporal em 85% da amostra e, segundo os relatos dos pacientes na entrevista semiestruturada, este aumento se deu após o início do tratamento antidepressivo. Adicionalmente, nenhum deles apresentou perda de peso neste espaço temporal e nove apresentavam edema corporal (dados não mostrados). O peso usual de 40% dos sujeitos oscilava na faixa de 40 a 60 kg e atualmente somente 15% dos indivíduos apresentam peso neste intervalo. Ademais, o peso corporal de 2 participantes excedia os 100 kg por ocasião da aferição realizada neste trabalho, enquanto que nenhum deles relatou ter um nível ponderal superior a este como sendo costumeiro.

Tabela 2. Características de saúde dos pacientes atendidos no Centro de Atenção Psicossocial do município de Palmeira das Missões/RS/Brasil, com diagnóstico de depressão e uso de terapia medicamentosa. Outubro a dezembro de 2016.

Variável	Categoria	N	%
Prática de atividade física	Sim	9	45
	Não	11	55
Tempo de diagnóstico da depressão	Menos de 1 ano	1	5
	De 1 a 5 anos	10	50
	De 6 a 10 anos	5	25
	Mais de 20 anos	4	20
Estado emocional	Bom	4	20
	Regular	5	25
	Ruim	11	55
Compulsão alimentar	Ausente	12	60
	Moderada	1	5
	Grave	7	35
Peso habitual (kg)	40 – 60	8	40
	61 – 80	9	45
	81 – 100	3	15
	+ 100	0	0
Peso atual (kg)	40 – 60	3	15

61 – 80	12	60
81 – 100	3	15
+ 100	2	10

Fonte: os próprios autores, 2017

Quanto aos medicamentos utilizados (TAB. 3), três deles, citados pelos pacientes, não puderam ser classificados em função dos equívocos quanto ao nome do mesmo, verbalmente informado. Os agentes terapêuticos usados cuja indicação clínica não está relacionada aos transtornos do SNC não foram arrolados. A tabela apresenta um número superior a 20 medicamentos, que é a totalidade dos participantes, porque somente quatro deles são tratados farmacologicamente com apenas um tipo de droga, enquanto que aos demais são prescritos mais do que um tipo para tratar a patologia em foco deste estudo ou para outras enfermidades afins ou associadas ao SNC. Foi verificada uma preponderância da classe das drogas ansiolíticas para o controle da mania, utilizada por quase metade dos sujeitos estudados, com destaque para o clonazepam, usado por 8 indivíduos. Consecutivamente, figuram os antidepressivos do tipo Tricíclicos (TC) e os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS).

Tabela 3. Principais medicamentos utilizados pelos pacientes atendidos no Centro de Atenção Psicossocial do município de Palmeira das Missões/RS/Brasil, com diagnóstico de depressão e uso de terapia medicamentosa. Outubro a dezembro de 2016.

Exemplar	Classe	N	%
Clonazepam e diazepam	Ansiolítico, antimaníaco	9	45
Amitriptilina e imipramina	Antidepressivo TC	7	35
Fluoxetina	Antidepressivo ISRS	6	30
Risperidona	Antipsicótico, antimaníaco	4	20
Carbamazepina e valproato	Anticonvulsivante, estabilizador do humor	4	20
Haloperidol e clorpromazina	Antipsicótico	3	15
Biperideno	Antiparkinsoniano	2	10
Lítio	Estabilizador do humor	1	5
Mirtazapina	Antidepressivo atípico	1	5
Fenobarbital	Anticonvulsivante	1	5

TC: Tricíclico; ISRS: Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina

Fonte: os próprios autores, 2017

Segundo os dados do recordatório alimentar, a ingestão média diária de energia dos pacientes foi de $2.325,4 \pm 797,6$ kcal, com $47,0 \pm 7,5\%$ dela proveniente de carboidratos, $31,8 \pm 5,9\%$ de lipídios e $21,2 \pm 4,2\%$ de proteínas. O consumo calórico médio variou de 1.750,6 a 2.480,4 kcal/dia (FIG. 1). A percentualidade de participação dos carboidratos, dos lipídios e das proteínas na dieta foi, respectivamente, de: 44,9 a 50,0; de 30,0 a 34,1; e de 20,0 a 22,0.

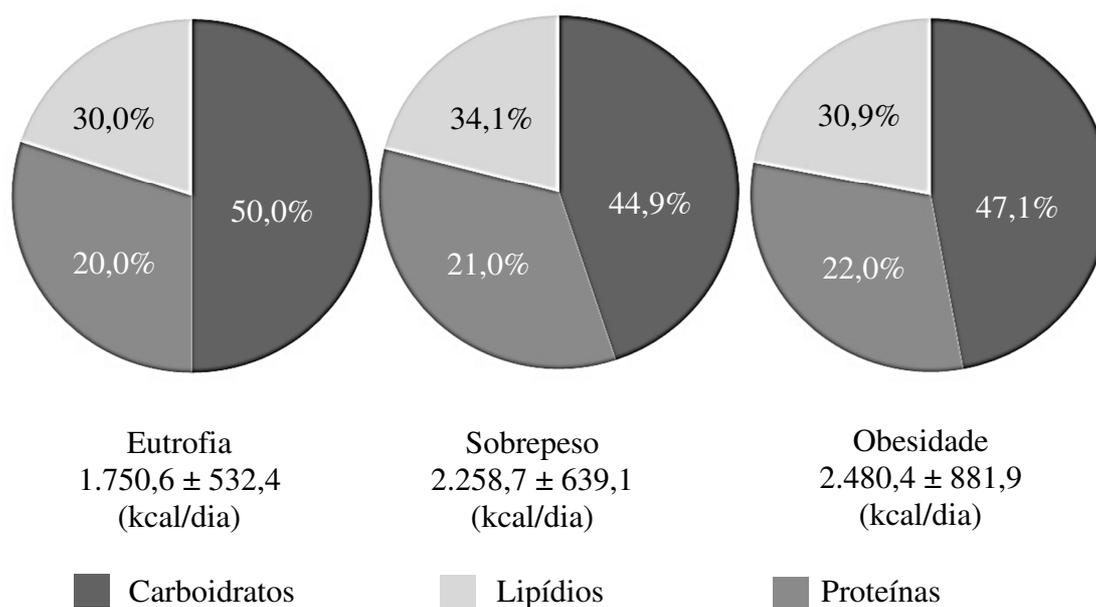


Figura 1. Consumo calórico e de percentual de macronutrientes dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial do município de Palmeira das Missões/RS/Brasil, com diagnóstico de depressão e uso de terapia medicamentosa. Outubro a dezembro de 2016.

Fonte: os próprios autores, 2017

Quanto aos dados antropométricos avaliados e classificação do IMC, foram obtidos os seguintes resultados (IMC médio da amostra: $29,4 \pm 5,8$): 25% dos entrevistados encontrava-se em eutrofia, com um IMC de $22,7 \pm 0,8$ kg/m²; 35% encontrava-se com sobrepeso, com um IMC de $27,1 \pm 0,8$ kg/m²; e a obesidade se mostrou mais frequente, atingindo 40% dos sujeitos, com um IMC de $35,5 \pm 3,8$ kg/m². A eutrofia feminina foi 25% menor do que a verificada para o gênero oposto (23% versus 29%). Embora o somatório dos sujeitos com excesso ponderal, que inclui os indivíduos com sobrepeso e com obesidade, tenha sido semelhante entre os gêneros (em torno de três quartos da amostra), entre os homens prevaleceu o sobrepeso e entre as mulheres, a obesidade, com participações de, aproximadamente, 45% para ambos. O

sobrepeso foi 40% maior no sexo masculino (43%) do que no feminino (31%), enquanto que a obesidade foi 60% maior em mulheres do que em homens (46 *versus* 29%). O excesso de peso corporal atingiu mais as mulheres (dois terços da amostra). Analogamente, os casos de obesidade, que variaram de obesidade grau I até obesidade grau III, foram mais frequentes no sexo feminino (75%). O grupo masculino contribuiu com somente um obeso grau I e um obeso grau II (dados não mostrados) para os casos de obesidade.

Discussão

A depressão acomete ambos os sexos, porém, estudos demonstram que o feminino é mais afetado¹⁶⁻¹⁸ e um dos motivos desta maior frequência de sintomas/sinais depressivos em mulheres é por possuírem níveis de ansiedade e estresse relativamente altos, ocasionados pelas alterações hormonais nas diferentes fases da vida de uma mulher^{19,20}. A amostra do presente trabalho foi composta por um número superior de mulheres, o que pode ser explicado também pelo fato de que elas procuram mais frequentemente o serviço de saúde. Os sujeitos do sexo masculino julgaram não terem problemas de saúde que os leve à buscar a ajuda profissional para o tratamento^{21,22}.

Com relação às variáveis sexo, escolaridade e estado civil, nossos resultados se assemelham com o estudo transversal realizado no CAPS do município gaúcho de Panambi, praticamente limítrofe à Palmeira das Missões, que teve como resultado, dos 113 participantes, 63% não tendo completado o ensino fundamental, 59% casados e 71% do gênero feminino⁷.

O sedentarismo, fator presente na amostra estudada, pode ser consequência do próprio estado depressivo ou do efeito medicamentoso de alguns fármacos utilizados neste tratamento, os quais podem provocar sonolência, sedação, hipotensão postural, prostração e fadiga, prejudicando a capacidade deste paciente de praticar atividade física²³. A atividade física é responsável por modular a liberação de neurotransmissores como noradrenalina, dopamina e serotonina, gerando benefícios à função cerebral¹¹. Além disto, as citocinas, moléculas endógenas envolvidas na resposta inflamatória, também têm papel na indução da depressão, com aumento das do tipo pró-inflamatórias nestes casos. A prática de atividade física aumenta a concentração de citocinas anti-inflamatórias¹². Este balanço positivo em relação às monoaminas e às citocinas contribui para a diminuição de episódios depressivos e para a manutenção da saúde, proporcionando uma melhora na qualidade de vida do indivíduo¹.

Pessoas vitimadas por transtornos de humor têm comportamento alimentar de risco, o que pode culminar com alterações no peso corporal^{10,24,25}. O estado nutricional dos pacientes

Revista Saúde e Meio Ambiente – RESMA, Três Lagoas, v. 11, n. 2, p. 312-325, agosto/dezembro. 2020. ISSN: 2447-8822.

estudados é preocupante, pois, além de um percentual elevado de obesidade observado, verificou-se que apenas 25% da amostra estava em eutrofia. Apesar de não ter sido avaliada a necessidade de cada sujeito, destaca-se a exagerada ingestão calórica alimentar diária, que variou de 1.750 a 2.480 kcal, e a inatividade física, relatada por mais da metade deles. Dos 15 indivíduos que possuíam excesso de peso, 7 deles tinham o diagnóstico da doença há mais de 9 anos, o que pode explicar este excesso ponderal pelo longo tempo de instalação da doença mental. A presença do edema corporal tem participação sobremaneira na alteração do peso; dos 9 sujeitos que relataram edema, 8 não eram eutróficos. A justificativa ao peso inconveniente também pode ser pelo uso de medicações como lítio, risperidona e antidepressivos TC, que podem levar ao aumento da massa corporal pelo estímulo do apetite ou pelo desenvolvimento de edema²³. Dez das pessoas investigadas faziam uso de drogas deste tipo; inclusive, dois sujeitos usavam dois tipos diferentes de TC, cinco apresentavam sobrepeso e quatro, obesidade.

A manutenção do excesso de peso pode provocar doenças não transmissíveis de caráter crônico como algumas das já elencadas anteriormente¹. Da mesma forma, a depressão está intimamente associada às DCNT, como demonstrado nos estudos recentes de Lotfaliany e colaboradores¹⁶ e de Romain e colaboradores²⁴, que analisaram um grande número de indivíduos. Assim, a depressão acarreta o desenvolvimento de obesidade^{24,26} e esta, por conseguinte, provoca DCNT²⁶.

A presente investigação revelou que 8 indivíduos da amostra possuíam compulsão alimentar, e destes, apenas 1 era eutrófico e 5 eram obesos. Vários estudos apontam que a compulsão alimentar encontra-se associada a um estado de saúde psíquico e mental negativo e à depressão²⁶⁻²⁸, e isto pode colaborar para o desenvolvimento de obesidade através do ganho de peso, dificultando, assim, o tratamento da patologia.

Os percentuais de macronutrientes consumidos entre os sujeitos da presente pesquisa estão dentro da normalidade estabelecida para indivíduos adultos saudáveis. Este perfil de macronutrientes se diferencia do estudo que demonstrou que dietas ricas em carboidratos ou dietas hipoproteicas suscitam depressão²⁹, justificado pelo seu baixo teor de triptofano, precursor da serotonina na sua rota sintética⁹.

Ambos os estudos, o presente e o de Peixoto & Favaretto¹³, foram realizados no mesmo CAPS. Deste modo, os pacientes que têm diagnóstico de depressão há mais tempo possivelmente são os mesmos. No estudo de Peixoto & Favaretto¹³ foi apurado que dois indivíduos não faziam uso de fármacos que atuam sobre o SNC e na presente investigação todos os pacientes alegaram ser usuários destes. Este dado indica um aumento no uso de fármacos no

Revista Saúde e Meio Ambiente – RESMA, Três Lagoas, v. 11, n. 2, p. 312-325, agosto/dezembro. 2020. ISSN: 2447-8822.

tratamento, sendo que a classe dos ansiolíticos figura como uma das principais. No artigo referido anteriormente, a amostra contava com 93,75% de mulheres, característica que difere do atual trabalho que, mesmo tendo uma amostra ainda com predominância feminina, mostra que houve um aumento no percentual de homens atendidos pelo serviço nesta cidade. A presente averiguação contribuiu com dados considerados uma lacuna nos resultados já publicados e avaliou a ingestão alimentar e o estado nutricional dos sujeitos usuários do CAPS. Tais resultados sugerem que os pacientes em tratamento para transtornos depressivos atendidos pelo serviço de saúde em questão apresentam, em sua maioria, sobrepeso ou obesidade, muito embora não haja disparidade no consumo alimentar diário, considerando-o qualitativamente, e, quantitativamente, haja um aumento em torno de 25% nas duas categorias de sujeitos não eutróficos.

O presente estudo demonstrou que havia um significativo percentual de indivíduos com excesso de peso; isto ratifica os índices de obesidade e sobrepeso publicados pelo governo federal, através do Ministério da Saúde, que vêm aumentando gradativamente com o decorrer dos anos na população brasileira, independentemente do gênero e da faixa etária¹. Estes achados inferem que o tratamento medicamentoso para depressão pode contribuir para o desenvolvimento do excesso de peso nestes indivíduos. A partir disto, suscita-se o mérito dos CAPS e das suas equipes de saúde multidisciplinar e com formação específica^{6,30}. Há deferência à inclusão do nutricionista e educador físico no acompanhamento dos portadores de sofrimento psíquico, com o intuito de melhorar seu estado físico e emocional e, conseqüentemente, sua qualidade de vida e na postergação do aparecimento de DCNT conseqüentes desta alteração ponderal.

Considerações finais

Frente ao constatado aqui, em que os pacientes com transtorno depressivo e tratados no CAPS, localizado em Palmeira das Missões, apresentam excesso ponderal, propõe-se a implementação dos procedimentos alternativos subsidiários ao tratamento do transtorno do humor nos CAPS como estratégia na sua repressão. Ainda, considerando que o excesso de peso corporal incita o desenvolvimento de DCNT que têm caráter preponderantemente preventivo, medidas não farmacológicas podem ser adotadas. Dentre tais procedimentos/medidas, destacam-se a atividade física e o controle dietético, visto que suas incorporações nos hábitos diários não onera expressivamente o tratamento. Daí a importância da equipe multidisciplinar no atendimento/acompanhamento destes, com a participação do

Revista Saúde e Meio Ambiente – RESMA, Três Lagoas, v. 11, n. 2, p. 312-325, agosto/dezembro. 2020. ISSN: 2447-8822.

nutricionista e do educador físico de forma integrada aos demais profissionais.

Embora o quantitativo da amostra investigada tenha sido pequeno, fator limitante que implica em extrapolação precedida de cuidados minuciosos, os dados descritos corroboram outros publicados. Ainda que os CAPS apresentem a lacuna quanto à composição das equipes, os achados aqui revelados sugerem que o acompanhamento nutricional e físico é uma alternativa viável e não significativamente dispendiosa. Estudos adicionais são necessários, como um ensaio clínico controlado para a confirmação das sugestões, avaliando uma amostra numericamente maior e parâmetros metabólicos e bioquímicos no intuito de comprovar o estado de saúde dos mesmos, para predizer o risco relacionado às DCNT ao qual estão submetidos.

Agradecimentos: à Nutricionista Ângela Cristina Dahmer, da Secretaria Municipal de Saúde de Palmeira das Missões/RS, pelas sugestões e contribuições ao texto.

Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade (Cadernos de Atenção Básica, n. 38). Brasília (DF); 2014.
2. Alessi A, Alves MK. Hábitos de vida e condições de saúde dos caminhoneiros do Brasil: uma revisão da literatura. *Ciêns Saúde (Porto Alegre)*. 2015;8(3):129-136.
3. Bloch KV, Klein CH, Szklo M, Kuschir MCC, Abreu GDA, Barufaldi LA, *et al*. ERICA: prevalences of hypertension and obesity in Brazilian adolescents. *Rev Saúde Pública*. 2016;50(supl 1):1s-13s.
4. Bankoff ADP, Zamai CA. Estudo antropométrico e hábitos de vida em adolescentes com distúrbios de obesidade. *Rev Saúde Meio Ambiente* 2015;1(1):24-40.
5. Lourenço L, Rubiatti AMM. Perfil nutricional de portadores de obesidade de uma Unidade Básica de Saúde de Ibaté-SP. *RBONE*. 2016;10(55):25-39.
6. Souza GES, Prudenciatto MR, Tanaka RS, Martelli A, Delbim LR. Exercícios físicos como ferramenta de enfrentamento às comorbidades associadas à obesidade: revisão da literatura. *Arch Health Invest*. 2016;5(2):112-119.
7. Castro ALFM, Colet CF. Perfil socioeconômico e características da depressão de usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Panambi. *Rev Contexto Saúde*. 2011 Jan-Jun;10(20):401-408.
8. Pinheiro MN, Souza WDC, Feitosa JRT, Batista EC. Identificação e compreensão de *Revista Saúde e Meio Ambiente – RESMA, Três Lagoas*, v. 11, n. 2, p. 312-325, agosto/dezembro. 2020. ISSN: 2447-8822.

sintomas depressivos na infância em contexto escolar: desafios contemporâneos do educador. *Rev Pedagóg.* 2017 Jan-Abr;19(40):155-171.

9. Shabbir F, Patel A, Mattison C, Bose S, Krishnamohan R, Sweeney E, *et al.* Effect of diet on serotonergic neurotransmission in depression. *Neurochem Int.* 2013;62:324-329.

10. Lazarevich I, Camacho MEI, Velázquez-Alva MC. Relationship among obesity, depression, and emotional eating in young adults. *Appetite.* 2016;107:639-644.

11. Lin TW, Kuo YM. Exercise benefits brain function: the monoamine connection. *Brain Sci.* 2013;3:39-53.

12. Wiener CD, Fedrotti F, Osés JP, Jansen K, Lara DR, Silva RA, *et al.* Physical activity and serum cytokines levels in depressed individuals - gender differences. *Int J Sports Exerc Med.* 2018;4(1):1-6.

13. Peixoto NC, Favaretto AC. Alterações alimentares e ponderais dos usuários com depressão de um CAPS do noroeste gaúcho. *Rev Contexto Saúde.* 2016;16(31):43-55.

14. World Health Organization. Body Mass Index (BMI) classifications. [homepage na Internet] Geneva; 1997 [acesso em 2018 Jun 18]. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

15. Tabela brasileira de composição de alimentos/NEPA – UNICAMP. 4ª ed. rev. e ampl. Campinas (SP): Book Editora; 2011.

16. Lotfaliany M, Bowe SJ, Kowal P, Orellana L, Berk M, Mohebbi M. Depression and chronic diseases: Co-occurrence and communality of risk factors. *J Affect Disord.* 2018;241:461-468.

17. Reis LN, Carmo BP, Miasso AI, Gherardi-Donato ECS. Probabilidade de internação psiquiátrica e características sociodemográficas de portadores de depressão. *Rev Eletrônica Enferm.* 2013 Out-Dez;15(4):862-869.

18. Nogueira EL, Rubin LL, Giacobbo SDS, Gomes I, Cataldo Neto A. Screening for depressive symptoms in older adults in the Family Health Strategy, Porto Alegre, Brazil. *Rev Saúde Pública.* 2014;48(3):368-377.

19. Al-Safi ZA, Polotsky AJ. Obesity and Menopause. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2015;29:548-553.

20. Soares CN. Depression and Menopause: Current Knowledge and Clinical Recommendations for a Critical Window. *Psychiatr Clin N Am.* 2017;40:239-254.

21. Silva AG, Silva JJ, Salomé HS, Machado RM. Depressão masculina: um estudo sobre as internações na região centro-oeste de Minas Gerais. *Rev Enferm UFSM.* 2012;2(2):275-281.

22. Moura EC, Gomes R, Pereira GMC. Percepções sobre a saúde dos homens numa Revista Saúde e Meio Ambiente – RESMA, Três Lagoas, v. 11, n. 2, p. 312-325, agosto/dezembro. 2020. ISSN: 2447-8822.

- perspectiva relacional de gênero, Brasil, 2014. *Ciênc Saúde Colet*. 2017 Jan; 22(1):291-300.
23. Finkel R, Cabeddu LX, Clark MA, editores. *Farmacologia Ilustrada*. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.
24. Romain AJ, Marleau J, Baillot A. Impact of obesity and mood disorders on physical comorbidities, psychological well-being, health behaviours and use of health services. *J Affect Disord*. 2018;225:381-388.
25. Jacka FN, Cherbuin N, Anstey KJ, Butterworth P. Does reverse causality explain the relationship between diet and depression? *J Affect Disord*. 2015;175:248-250.
26. Woldeyohannes HO, Soczynska JK, Maruschak NA, Kahlood S, Wium-Andersen IK, Lee Y, *et al*. Binge eating in adults with mood disorders: Results from the International Mood Disorders Collaborative Project. *Obes Res Clin Pract*. 2016;10:531-543.
27. Pearl RL, White MA, Grilo CM. Weight bias internalization, depression, and self-reported health among overweight binge eating disorder patients. *Obesity*. 2014;22(5):142-148.
28. Çelik S, Kayar Y, Akçakaya RÖ, Uyar ET, Kalkan K, Yazısız V, *et al*. Correlation of binge eating disorder with level of depression and glycemic control in type 2 diabetes mellitus patients. *Gen Hosp Psychiatr*. 2015;37:116-119.
29. Nanri A, Eguchi M, Kuwahara K, Kochi T, Kurotani K, Ito R, *et al*. Macronutrient intake and depressive symptoms among Japanese male workers: The Furukawa Nutrition and Health Study. *Psychiatry Res*. 2014;200:263-268.
30. Silveira DS, Corrêa MS, Saes MO, Kantorski LP, Jardim VMR, Rosa CQ. Composição das equipes de Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil. *Rev Enferm UFSM*. 2014;4(3):509-518.