

HELICÍNIA GIORDANA E. PEIXOTO

**ESTADO NUTRICIONAL E SEUS FATORES INTERFERENTES EM
PACIENTES COM TRANSTORNO DEPRESSIVO**

BRASÍLIA

2006

HELICÍNIA GIORDANA E. PEIXOTO

**ESTADO NUTRICIONAL E SEUS FATORES INTERFERENTES EM PACIENTES
COM TRANSTORNO DEPRESSIVO**

**Dissertação apresentada como requisito parcial
à obtenção do grau de Mestre em Nutrição
Humana, Curso de Pós-graduação em Nutrição
Humana do Departamento de Nutrição da
Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade
de Brasília.**

Orientadora: Prof^a. Dra. Marina Kiyomi Ito

Brasília

2006

PEIXOTO, Helicinia Giordana Espíndola.

Estado nutricional e seus fatores interferentes em pacientes com transtorno depressivo. Brasília: Universidade de Brasília - Faculdade de Ciências da Saúde - Departamento de Nutrição, 2006.

61 páginas. Dissertação: Mestre em Nutrição Humana

Orientadora: Professora Doutora Marina Kiyomi Ito

Palavras-chave: depressão, antidepressivos, obesidade, estado nutricional.

Dedico esse trabalho em memória da minha mãe que me ensinou o gosto pelos estudos e sempre me apoiou e incentivou para que eu buscasse crescer cada dia mais.

BANCA EXAMINADORA

Presidente da Banca: Marina Kiyomi Ito

Departamento de Nutrição, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília

2º Membro: Kênia Mara Baiocchi de Carvalho

Departamento de Nutrição, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.

3º Membro: Maria da Glória Lima

Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.

4º Membro: Elisabeth Maria Talá de Souza

Departamento de Biologia Celular, Instituto de Ciências Biológicas, Universidade de Brasília.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado forças e me iluminado o suficiente para vencer mais essa etapa.

À professora Marina, pelo incentivo e grande conhecimento, sendo a sua orientação uma valiosa colaboração para a elaboração deste trabalho.

Aos membros da banca de Defesa: Kênia Mara B. de Carvalho, Maria da Glória Lima e Elisabeth Maria Talá de Souza, por terem aceitado prontamente o meu convite e por terem ajudado a melhorar este trabalho.

Aos funcionários do arquivo (Cláudio) e da enfermagem (Tânia) do HSVP, que me ajudaram a separar os prontuários que eu necessitava para minha pesquisa.

Ao Thiago, do PIBIC, e minhas ex-alunas, Patrícia Pessoa, Keyla, Juliana Lisboa, Danielle, que me ajudaram com a coleta dos dados e cálculo do VET dos pacientes, e à amiga Ivana que me ajudou no artigo de revisão.

A psiquiatra Ana Cláudia, pela contribuição nos conceitos de psiquiatria.

Aos amigos e irmãos que entenderam minha correria e falta de atenção durante esse período de stress.

Em especial, ao meu namorado, pelo apoio e suporte técnico.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	IX
LISTA DE ABREVIATURAS.....	X
APRESENTAÇÃO	1
RESUMO GERAL	3
ABSTRACT	4
CAPÍTULO 1 – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA: ANTIDEPRESSIVOS E SEUS EFEITOS NO ESTADO NUTRICIONAL	5
RESUMO.....	6
ABSTRACT.....	7
1. INTRODUÇÃO.....	8
2. MÉTODO.....	9
3. CLASSIFICAÇÃO DOS ANTIDEPRESSIVOS E EFEITOS COLATERAIS ASSOCIADOS.....	10
4. ANTIDEPRESSIVOS E ESTADO NUTRICIONAL.....	12
4.1. Antidepressivos tricíclicos.....	12
4.2. Antidepressivos Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina.....	14
4.3. Estudos relacionando antidepressivos de classes diferentes.....	18
5. CONCLUSÃO.....	20
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21
CAPÍTULO 2 – OBJETIVOS.....	24
2.1. Objetivo geral.....	24
2.2. Objetivos específicos.....	24
CAPÍTULO 3 – MATERIAIS E MÉTODOS.....	25
3.1. Delineamento do estudo.....	25
3.2. Sujeitos.....	25
3.3. Considerações éticas.....	27

3.4. Materiais.....	27
3.5. Métodos.....	28
3.5.1 Antropometria.....	29
3.5.2. Circunferência da Cintura.....	29
3.6. Análise Estatística.....	30
CAPÍTULO 4 – ESTADO NUTRICIONAL E SEUS FATORES INTERFERENTES EM PACIENTES COM TRANSTORNO DEPRESSIVO.....	31
RESUMO.....	32
ABSTRACT.....	33
1- INTRODUÇÃO.....	34
2- MATERIAIS E MÉTODOS.....	35
2.1. Análise estatística.....	38
3- RESULTADOS.....	39
4- DISCUSSÃO.....	45
5- CONCLUSÃO.....	49
6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
CAPÍTULO 5 - CONCLUSÕES GERAIS.....	52
ANEXOS.....	54
Anexo 1: Termo de consentimento livre e esclarecido.....	55
Anexo 2: Ficha de atendimento-1ª consulta.....	56
Anexo 3: Ficha de atendimento-2ª consulta.....	57
Anexo 4: Recordatório 24h.....	58
Anexo 5: Lista de alimentos utilizados do Nutrisurvey para cálculo do padrão alimentar.....	59

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Capítulo 1

Tabela 1: Classificação dos antidepressivos e seus efeitos colaterais interferentes no estado nutricional.....	11
Tabela 2: Resumo dos principais estudos relacionando o estado nutricional e uso de Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS).....	17

Capítulo 4

Tabela 1: Características pessoais, clínicas e sociais da população estudada.....	39
Tabela 2: Presença de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis medidos ou referidos pelos pacientes.....	41
Figura 1: Estado nutricional dos pacientes com transtorno depressivo do Hospital São Vicente de Paulo – HSVP, Taguatinga-DF.....	41
Tabela 3: Valor energético total (VET), porcentagem de distribuição dos macronutrientes, consumo energético e protéico/kg de peso/dia por estado nutricional dos pacientes depressivos do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) – Taguatinga-DF.....	42
Figura 2: Estado nutricional dos pacientes por classe de antidepressivo utilizada.....	43

LISTA DE ABREVIATURAS

ADT: Antidepressivos tricíclicos

CID-10: Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição

ENDEF: Estudo Nacional de Despesa Familiar

FDA: Food and Drug Administration

Kcal: Calorias

Kg: Kilogramas

F32: Transtorno Depressivo

F32.3: Transtorno depressivo com sintomas psicóticos

F33: Transtorno Depressivo Recorrente

F33.3: Transtorno Depressivo Recorrente com sintomas psicóticos

F34.1: Distímia

F41.2: Transtorno Misto de Ansiedade e Depressão

G: gramas

HDL: High density lipoprotein (Lipoproteína de alta densidade)

HSVP: Hospital São Vicente de Paulo

IDR: Ingestão Dietética Recomendada

IMC: Índice de massa corporal

ISRSN: Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina e Noradrenalina

ISRS: Inibidores seletivos da recaptação da serotonina

M: metros

Mg: miligramas

OMS: Organização Mundial da Saúde

PNSN: Pesquisa Nacional Sobre Saúde e Nutrição

PPV: Pesquisa sobre Padrões de Vida

VET: Valor energético total/ Consumo energético diário

TCC: Terapia cognitivo comportamental

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

IMAOs: Inibidores da monaminoxidase

WHO: World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

5HT: Serotonina

APRESENTAÇÃO

O trabalho “Estado nutricional e seus fatores interferentes em pacientes com transtorno depressivo” foi realizado no período de agosto de 2004 a julho de 2006 no Programa de Pós-graduação em Nutrição Humana do Departamento de Nutrição da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. O projeto foi iniciado em dezembro de 2003.

Estudos sugerem que o sobrepeso e a obesidade são comuns em pacientes com transtorno depressivo (GOPALASWAMY & MORGAN, 1985; KUPFER et al, 1979; MICHELSON et al, 1999). Contudo não está claro se a sua prevalência nestes pacientes é realmente elevada, já que a incidência de sobrepeso e obesidade está aumentando na população em geral e se tornando um problema de saúde pública. Há estudos recentes com um grande número de pessoas, como o de ROBERTS et al (2003), que não encontraram associação entre depressão e obesidade. Por isso, torna-se importante estudar o estado nutricional dos pacientes com transtorno depressivo, principalmente no Brasil, onde quase não são encontrados estudos sobre o tema. Os estudos existentes ainda não permitem identificar características claras do consumo alimentar desses pacientes que auxiliem na proposta de uma intervenção nutricional.

Considerando que a depressão e os efeitos colaterais dos medicamentos antidepressivos interferem diretamente no consumo alimentar dos pacientes com essa doença, seja diminuindo o apetite, o que pode levar a desnutrição, seja gerando compulsão alimentar e ânsia por carboidratos, o que pode levar a obesidade, esse trabalho objetiva traçar o perfil nutricional de pessoas com transtorno depressivo, bem como, identificar o

consumo alimentar e alguns dos fatores associados ao mesmo, a fim de servir como instrumento para futuras intervenções dietoterápicas, facilitando no momento de decidir sobre a estratégia dietético-nutricional a ser implementada junto aos pacientes com depressão, colaborando no campo interdisciplinar do tratamento antidepressivo.

Esta dissertação está estruturada na forma de artigos de acordo com as orientações desta pós-graduação. Os dois artigos foram redigidos segundo as exigências específicas da revista a qual serão submetidos. Para facilitar a leitura por parte dos membros da banca, optou-se por deixar nesta versão da dissertação o nome dos autores entre parênteses no corpo do texto e na versão final será numerado conforme exigência das revistas. Os apêndices e informações complementares se encontram no final da dissertação.

A metodologia, apesar de estar descrita no segundo artigo, consta como tópico à parte apresentada de maneira mais detalhada. Assim como, os objetivos e conclusões gerais da dissertação.

O primeiro artigo, “Antidepressivos e seus efeitos no estado nutricional”, consiste numa revisão bibliográfica sobre a relação dos antidepressivos na perda ou no ganho de peso.

No segundo artigo, “Estado nutricional e seus fatores interferentes em pacientes com transtorno depressivo”, são apresentados os resultados da pesquisa.

RESUMO GERAL

O transtorno depressivo interfere diretamente no estado nutricional do indivíduo, podendo levar a desnutrição/perda de peso ou obesidade. Foi realizado um estudo transversal com 300 pacientes ambulatoriais com transtorno depressivo, a fim de verificar o seu estado nutricional, associando-o com a classe de antidepressivo utilizada e demais fatores interferentes. Trinta e quatro por cento da amostra estudada foi de pacientes com sobrepeso, 28% de obesos e 5% de desnutridos. Não houve diferença no consumo alimentar dos pacientes do estudo em relação ao estado nutricional, quanto às calorias totais e à porcentagem dos macronutrientes consumidos por dia. Quanto às calorias consumidas por kg de peso por dia houve diferença significativa, com os pacientes que apresentaram baixo peso consumindo mais do que os acima do peso, sugerindo o subrelato desse último grupo. Foi encontrada associação significativa entre o índice de massa corporal e o tipo de antidepressivo utilizado, quando se controlou as variáveis idade, compulsão alimentar e excesso de apetite, sendo maior para os pacientes que utilizavam os inibidores seletivos da recaptação da serotonina comparados aos que usavam tricíclicos ou de nova geração. Esses resultados indicam a importância do acompanhamento nutricional dos pacientes portadores de transtorno depressivo, a fim de minimizar o ganho de peso associado a esse tratamento.

Palavras-chave: Transtorno depressivo, estado nutricional, ganho de peso, antidepressivos, consumo alimentar.

ABSTRACT

The depressive disorder interferes directly in the nutritional state of the patient, leading to undernutrition/weight loss or obesity. A cross-sectional study was conducted with 300 outpatients with depressive disorder to evaluate their nutritional state, associating it with the class of antidepressant in use and other interfering factors. Thirty four percent of the sample were overweight, 28% obese and 5% undernourished. There was no difference in the eating behavior of patients in relation to their nutritional state, as to the daily total calories and the percentage of macronutrients consumed. However, in relation to the calories consumed per kg of weight per day, there was a significant difference, with underweight patients consuming more than the overweight ones, indicating a possible under reporting of this last group. When the variables age, the compulsive eating behavior and excess of appetite were controlled, a significant association was found between the body mass index and the type of antidepressants used, which was higher for patients using selective serotonin uptake inhibitors compared to the other antidepressants. These results show the importance of systematic nutritional assistance and follow-up of depressive patients, to minimize the weight gain associated to this treatment.

Key-words: depressive disorder, nutritional state, weight gain, antidepressants, eating behavior.

CAPÍTULO 1 – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA
ANTIDEPRESSIVOS E SEUS EFEITOS NO ESTADO NUTRICIONAL

RESUMO

Este artigo objetiva revisar estudos que descrevem o efeito dos antidepressivos no estado nutricional. Esse transtorno pode levar a mudanças no peso, que podem ser influenciadas por fatores específicos da doença, como alterações no apetite e na atividade física, ou pelos antidepressivos. Realizou-se uma pesquisa na base de dados do *Pubmed*, *Medline*, *Lilacs* e *Cochrane* de artigos relacionando os antidepressivos e o estado nutricional nos últimos 25 anos. A maioria dos estudos com os antidepressivos tricíclicos indica o ganho de peso como um efeito colateral associado a esse medicamento em tratamento agudo da depressão. Entretanto, o uso destes medicamentos em tratamento de manutenção nem sempre acarreta o mesmo resultado, sendo esse ganho ponderal associado não somente ao efeito colateral da droga, mas também à recuperação do apetite como resultado da melhora da depressão. Em relação aos Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina, apesar do comprovado efeito da fluoxetina na diminuição do apetite, observa-se que isso é transitório, com pequena perda de peso nas primeiras semanas de uso e efeito contrário após este período, em pacientes depressivos.

Palavras-chave: antidepressivos, estado nutricional, ganho/perda de peso, apetite.

ABSTRACT

This paper aims to review studies that describe the effect of antidepressants in the patients' nutritional status. This disease may affect patient's weight influenced by specific factors related to the disease, such as changes in appetite and in their physical activities as well as by the use of antidepressants. A search was made in the Pubmed, Medline, Lilacs and Cochrane data bases of articles related to antidepressants and the nutritional state in the last 25 years. Most of the studies with tricyclic antidepressants show weight gain as a side-effect associated to the use of this drug in acute treatment. However, the use of these drugs during maintenance treatment does not always have the same results. This weight gain is associated not only with the drug side-effect, but also with the recovery of appetite, due to the treatment. In terms of selective serotonin uptake inhibitors, despite the known effect of fluoxetine in appetite control, this effects seems transitory, with limited weight loss in the first weeks of its use and opposite effect after that, in depressive patients.

Key-words: antidepressants, nutritional state, weight gain/loss, appetite.

1. Introdução

A depressão é um transtorno que se caracteriza por humor deprimido ou irritável, sentimento de culpa, menos valia, inutilidade, tristeza, perda de interesse em atividades e diminuição da energia, que devem perdurar por no mínimo duas semanas. Outros sintomas são a perda de confiança e auto-estima, idéias de morte e suicídio, diminuição da concentração, perturbações do sono e do apetite (WHO, 1998).

A depressão está entre as 10 doenças mais prevalentes no mundo (LOPEZ et al, 2006). Está presente em 4,8 a 8,6% dos pacientes da atenção primária (MEREDITH, 2004) e no Brasil, o dado disponível indica uma prevalência de 16,8% ao longo da vida na população adulta, segundo estudo epidemiológico realizado por Andrade et al (2002) em São Paulo. Por ser uma doença altamente incapacitante e crônica (VERSIANI, 2004), tem importante efeito na qualidade de vida destas pessoas.

Mudanças no peso, associadas com a depressão, são um fenômeno complexo que podem ser influenciadas por fatores específicos da doença, como alterações no apetite e na atividade física, e por fatores específicos ligados às drogas antidepressivas (MICHELSON *et al.*, 1999). A obesidade é a doença física mais comum e crônica na sociedade moderna e a depressão é a condição psicológica mais prevalente. Embora haja alta prevalência para essas duas condições, a exploração de qualquer associação entre elas tem sido limitada (DIXON *et al.*, 2003).

Estima-se que a prevalência da obesidade em pacientes psiquiátricos tratados farmacologicamente é 2 a 5 vezes maior do que na população em geral (GOPALASWAMY & MORGAN, 1985). Dentre todas as causas, uma das possibilidades é que a medicação

usada para o tratamento da depressão pode levar ao ganho de peso, particularmente, durante a manutenção do tratamento (ARONNE & SEGAL, 2003; VIRK *et al.*, 2004).

O Consenso Latino Americano de Obesidade (1998) e o Consenso Brasileiro de Diabetes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2002) citam a fluoxetina e a sertralina, antidepressivos inibidores da recaptação da serotonina, como possíveis drogas na intervenção coadjuvante no tratamento anti-obesidade. Nos Estados Unidos, estas drogas ainda não foram aprovadas pela agência *Food and Drug Administration* (FDA) para o uso na perda de peso (CAREK & DICKERSON, 1999; EPLING, 2003).

Portanto, considerando a importância da nutrição na melhoria da qualidade de vida dos pacientes com transtorno depressivo, este artigo objetiva revisar estudos que descrevem o efeito dos antidepressivos no estado nutricional, ou seja, sua influência no ganho ou na perda de peso para os usuários dessas drogas.

2. Método

Foi feita uma pesquisa na base de dados do *Pubmed*, *Medline*, *Lilacs* e *Cochrane* de artigos relacionando os antidepressivos e o estado nutricional nos últimos 25 anos. Foram avaliados preferencialmente os estudos do tipo ensaio clínico randomizado, considerados melhores para se avaliar a relação entre estado nutricional e transtorno depressivo. Trabalhos publicados anteriormente considerados relevantes pela autora da revisão também foram utilizados. As palavras-chave utilizadas foram: “depressão e obesidade”; “depressão e ganho/perda de peso”; “antidepressivos (fluoxetina, amitriptilina, paroxetina, sertralina, imipramina) e obesidade”; “antidepressivos e ganho/perda de peso”; “obesidade e conceitos/etiologia”.

3. Classificação dos antidepressivos e efeitos colaterais associados

A descoberta no final da década de 50 de drogas antidepressivas e sua utilização na prática clínica trouxeram um avanço importante no tratamento e no entendimento de possíveis mecanismos subjacentes aos transtornos depressivos. Os primeiros antidepressivos – os antidepressivos tricíclicos (ADT) e os inibidores da monaminoxidase (IMAOs) – foram descobertos a partir de observações clínicas. Os ADT apresentavam boa eficácia devido à sua ação, aumentando a disponibilidade de monoaminas nas fendas sinápticas. Seu uso foi limitado em função do bloqueio de receptores de histamina, colinérgicos, alfa1-adrenérgicos e dos canais de sódio no coração e no cérebro, que acarretavam efeitos colaterais levando à baixa tolerabilidade e risco de toxicidade. Da mesma forma, o uso dos IMAOs ficava comprometido em função do risco da interação com tiramina e o risco de crises hipertensivas potencialmente fatais. Nas últimas duas décadas, surgiram novas classes de antidepressivos a partir da pesquisa de moléculas desprovidas dos efeitos colaterais dos heterocíclicos. A nova geração de antidepressivos é constituída por medicamentos que aumentam a concentração de um único neurotransmissor, como os inibidores seletivos de recaptação de serotonina – ISRS – ou de noradrenalina; ou que interferem em múltiplos neurotransmissores/ receptores, como venlafaxina, bupropiona, trazodona, nefazodona e mirtazapina, sem ter como alvo outros sítios receptores cerebrais não relacionados com a depressão, tais como a histamina e a acetilcolina (MORENO et al, 1999).

Apesar dos ADT terem sido reduzidos a drogas de segunda escolha na América do Norte e em boa parte da Europa, ainda há utilização considerável desses agentes, que estão entre os antidepressivos mais frequentemente prescritos em alguns países, como na

Alemanha e em países da América Latina, inclusive no Brasil, onde o custo dos genéricos os torna menos dispendiosos que os antidepressivos mais modernos, ainda sob proteção de patentes (STAHL, 2002) e, portanto, mais onerosos para os serviços de saúde.

Os efeitos colaterais, comumente descritos, associados a esses antidepressivos, incluem o borramento visual, tontura e hipotensão, ganho de peso, sonolência, constipação, boca seca, entre outros (FLAHERTY et al, 1990). Alguns desses efeitos podem aumentar o risco de injúria quando a medicação é usada junto com o exercício físico (CAFIERO & MARITZ, 2003).

A tabela 1 resume os principais antidepressivos que apresentam efeitos colaterais relacionados ao estado nutricional.

Tabela 1. Classificação dos principais antidepressivos utilizados nos serviços de saúde no Distrito Federal e seus efeitos colaterais interferentes no estado nutricional.

Classificação	Antidepressivo	Efeitos colaterais
ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS (ADT)	Clomipramina Imipramina Amitriptilina Nortriptilina	Ganho de peso, sonolência, constipação, boca seca, borramento visual, tontura, hipotensão, estimulação do apetite (+++).
INIBIDORES SELETIVOS DA RECAPTAÇÃO DA SEROTONINA (ISRS)	Fluoxetina Sertralina Paroxetina Citalopram	Ansiedade, alterações nos movimentos motores, apatia, náuseas, vômitos, aumento da motilidade intestinal, cólicas e diarreias, estimulação do apetite (+), diminuição do peso, anorexia.
ANTIDEPRESSIVOS DE NOVA GERAÇÃO	Mirtazapina Venlafaxina Trazodona Milnaciprano Bupropiona	Ganho de peso, sonolência, hipotensão postural, estimulação do apetite, perda de peso devido a anorexia, em alguns pacientes, nas primeiras semanas, podendo ser substituído por ganho de peso, fraqueza ou fadiga, taquicardia, constipação.

Símbolos: + baixo risco; +++ alto risco

Fontes: FLAHERTY, 1990; CORDÁS & MORENO, 2001; DUGAN, 2001; STAHL, 2002.

4. Antidepressivos e estado nutricional

O efeito dos antidepressivos no estado nutricional tem sido relatado por vários autores. Não foram encontrados, nesta revisão, estudos com os IMAOs e há poucos sobre os antidepressivos de nova geração. Os estudos mais comuns relacionados ao ganho ou perda de peso são relativos aos antidepressivos ADT e aos inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS).

4.1. Antidepressivos tricíclicos (ADT)

As ações antidepressivas dos ADT foram observadas ao acaso nas décadas de 1950 e 1960, quando foram testados sem sucesso como antipsicóticos em esquizofrênicos. Muito depois de suas propriedades antidepressivas terem sido observadas, descobriu-se que os tricíclicos bloqueavam as bombas de recaptção da serotonina e da noradrenalina e, em menor extensão, da dopamina (STAHL, 2002). Seus efeitos no estado nutricional têm sido estudados desde o final da década de 70.

Em um ensaio clínico randomizado controlado, Kupfer et al (1979) examinaram mudanças no apetite e no peso em um grupo de 47 pacientes depressivos que foram tratados com placebo (n=17) ou amitriptilina (n=30) por um período de 35 dias, com a dosagem de amitriptilina sendo aumentada ao longo do estudo de 50 a 200mg. O grupo tratado com a amitriptilina mostrou um maior ganho de peso do que o grupo com o placebo (2 kg vs 0,2 kg, $p < 0,05$), sendo que não houve diferença entre os que responderam ao tratamento ou os que não responderam. Esses autores não encontraram mudanças no apetite no grupo tratado com amitriptilina, no entanto, o subgrupo de pacientes que não respondeu ao tratamento referiu diminuição do apetite, embora, tenha apresentado ganho de peso.

A mudança de peso também foi investigada em 128 pacientes depressivos ambulatoriais tratados com imipramina por 5 meses. Mais da metade dos pacientes teve uma mudança de até 5% no peso e 13,3% ganharam mais que 10% de peso. O sexo não foi um fator que interferiu na mudança de peso durante o tratamento agudo, porém as mulheres apresentaram uma mudança maior do peso ($p < 0,06$) e do IMC ($p = 0,05$) no tratamento de manutenção (FRANK *et al.*, 1990). Esse mesmo autor, em 1992, em um ensaio clínico randomizado controlado, não encontrou diferença significativa no ganho de peso no tratamento de manutenção por 3 anos entre os pacientes que receberam placebo ou de 200 a 300 mg de imipramina, indicando que a longo prazo este medicamento parece não ter efeito no ganho de peso (FRANK *et al.*, 1992).

Em um ensaio clínico não randomizado, o comportamento alimentar de pacientes severamente deprimidos foi avaliado prospectivamente; antes do tratamento ($n = 56$), depois do tratamento agudo (6 semanas) e ao final do tratamento de manutenção (4 a 6 meses) e comparados com controles normais, a fim de investigar os mecanismos comportamentais no ganho de peso induzido pelos antidepressivos. Os pacientes receberam 4 tipos de antidepressivos: tricíclicos, tetracíclico ou não-tricíclicos. Avaliações incluíram a ingestão alimentar, o apetite e preferências alimentares. Antes do tratamento, os pacientes apresentavam baixa ingestão calórica e apetite, em relação ao grupo controle (1750 kcal vs 2220 kcal, $p < 0,0001$). Com o tratamento, houve melhora do apetite, passando a consumir a mesma quantidade calórica dos controles. Ao final do tratamento agudo, observou-se um ganho ponderal médio de $2,5 \pm 3,1$ kg ($p < 0,0001$) e ao final do período de manutenção $5,2 \pm 5,4$ kg, ($p < 0,0001$) em relação ao peso pré-tratamento, não tendo havido diferença entre

as drogas utilizadas. Segundo os autores, a recuperação do peso perdido antes do tratamento devido à inapetência, foi uma resposta positiva ao tratamento antidepressivo (KAZES *et al*, 1994).

Portanto, os estudos comprovam o ganho de peso com os ADT no tratamento da depressão agudo (KUPFER *et al*, 1979; ORZACK *et al*, 1986; CHOUNARD, 1983; FRANK *et al*, 1990) e no de manutenção, sendo que, neste último, esse ganho ponderal nem sempre é diferente do grupo controle (FRANK, 1992; KAZES *et al*, 1994). O ganho de peso é muitas vezes relatado como resultado da melhora na depressão pela droga com retorno do apetite e conseqüente ganho de peso e não, simplesmente, um efeito colateral da droga (KAZES *et al*, 1994).

4.2. Antidepressivos Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS)

Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) começaram a ser utilizados no início da década de 80 para o tratamento da depressão. Pacientes tratados com fluoxetina por menos de um ano, não só melhoravam da depressão como também perdiam peso. A partir de então, surgiram diversos estudos investigando a eficácia da fluoxetina no tratamento da obesidade (MARQUES *et al*, 1996; DUGAN, 2001).

A Fluoxetina, devido aos seus efeitos serotoninérgicos, tem sido postulada como um agente anorexígeno, embora seu efeito na perda de peso em longo prazo não tenha sido demonstrado (CAREK & DICKERSON, 1999). O Consenso Latino Americano de Obesidade (1998) e o Consenso Brasileiro de Diabetes (2002) citam a fluoxetina e a sertralina como possíveis drogas na intervenção coadjuvante no tratamento anti-obesidade. De acordo com esse Consenso (1998), essas drogas seriam então úteis para alguns tipos de

pacientes obesos como os compulsivos por alimentos, bulímicos nervosos e obesos deprimidos. Porém, os pacientes devem ser obesos ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$), ou com sobrepeso ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) acompanhado de outros fatores de risco para comorbidades, ou quando o tratamento convencional não tenha tido êxito.

A tabela 2 apresenta os resumos dos principais trabalhos relacionando o estado nutricional com o uso dos ISRS.

Um estudo de coorte prospectiva de 56 dias constatou a perda de peso com o uso da fluoxetina em 60 pacientes ambulatoriais do sexo feminino, que apresentavam episódios depressivos maiores, concomitantemente com hiperfagia e obesidade (DEITOS, SILVA & ALVES, 1995).

É apontado que a serotonina tem um papel como regulador do apetite e da escolha dos componentes alimentares principais (carboidratos, gorduras, proteínas). Concentrações altas de serotonina (5HT) nos núcleos hipotalâmicos mediais levam à redução do apetite e à preferência por alimentos protéicos. Baixos níveis de 5HT neste local produzem aumento do apetite e uma preferência por carboidratos (MARQUES *et al.*, 1996). Um ensaio clínico controlado que avaliou o efeito da fluoxetina na ingestão alimentar de 11 indivíduos sadios por 16 dias em um laboratório residencial, encontrou que a fluoxetina diminuiu a ingestão calórica em 400 kcal em relação ao grupo controle em uso de placebo, sem afetar a composição dos macronutrientes da dieta (FOLTIN *et al.*, 1996).

Outro ensaio clínico randomizado e controlado ($n = 395$) avaliou o efeito da fluoxetina durante 50 semanas em pacientes com depressão, encontrando uma modesta perda de peso nas primeiras 4 semanas (média de $0,35\text{kg} \pm 3,5$, $p < 0,01$) e um ganho de

peso similar para todos os pacientes, tanto no grupo que recebia a fluoxetina como no placebo, durante a continuação do tratamento. A média absoluta de ganho de peso na 26ª semana foi de $1,1\text{kg} \pm 4,1$ ($p < 0,001$), na 38ª semana foi $2,2\text{kg} \pm 2,7$ ($p < 0,001$) e no final da 50ª semana $3,1 \text{ kg} \pm 4,1$ ($p < 0,001$). Esse ganho de peso foi relacionado à melhora da inapetência no início do estudo devido à recuperação da depressão (MICHELSON *et al*, 1999).

Em relação aos outros ISRS, um ensaio clínico randomizado controlado utilizando a sertralina e/ou Terapia cognitivo comportamental (TCC) (RICCA *et al* 1997) em pacientes obesos como coadjuvante na perda de peso, verificou uma redução no IMC de $6,5 \pm 5,4\%$ ($35,3 \pm 5,7$ para $32 \pm 5,4 \text{ kg/m}^2$) no grupo que usou a sertralina e de $3,0 \pm 6,3\%$ ($37,1 \pm 7,0$ para $36,0 \pm 7,1 \text{ kg/m}^2$) no grupo controle, que recebeu somente a TCC.

Outro ensaio clínico randomizado controlado (LUIS *et al.*, 2001) com pacientes obesos tratados com paroxetina e dieta ou só dieta, objetivou avaliar mudanças no padrão alimentar e na aderência da dieta, verificando uma maior ingestão de calorias, gramas de proteínas e carboidratos no grupo que recebeu somente a dieta em relação ao grupo que recebeu dieta mais paroxetina.

Portanto, o efeito dos ISRS na diminuição do apetite (FOLTIN *et al*, 1996; LUIS *et al.*, 2001) parece ser somente nas primeiras semanas de tratamento. Em longo prazo, esse resultado pode ser contrário, ocasionando o ganho de peso, que nem sempre é relacionado como um efeito colateral da droga, mas com a recuperação da depressão e melhora do apetite (MICHELSON *et al*, 1999).

Tabela 2: Resumo dos principais estudos relacionando o estado nutricional e uso de Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS)

TIPO DE ESTUDO	DURAÇÃO DO ESTUDO	AMOSTRA	ANTIDEPRESSIVOS UTILIZADOS/ TRATAMENTO	RESULTADOS	AUTOR/ ANO
Ensaio clínico randomizado Controlado	16 dias	10 homens e 1 mulher	40 mg de Fluoxetina (e dieta com níveis regular e rica em carboidratos ou rica em gordura e pobre em carboidratos)	A fluoxetina diminuiu a ingestão calórica em 400kcal, sem afetar a distribuição dos macronutrientes. Não houve evidências de que a ingestão de carboidratos é afetada pela fluoxetina.	Foltin <i>et al</i> , 1996
Ensaio clínico randomizado	50 semanas	395 pacientes que apresentaram remissão dos sintomas depois de 12 semanas de tratamento com fluoxetina	20mg de Fluoxetina	Primeiras 4 semanas da terapia => diminuição média de peso de 0,4kg. Entre os pacientes que completaram as 50 semanas de terapia, a média absoluta de aumento de peso durante o tratamento de manutenção foi similar para o placebo e para o grupo tratado com a fluoxetina (3kg), que foi correlacionada com melhora da depressão.	Michelson <i>et al</i> , 1999
Coorte Prospectiva e aberta	56 dias	60 mulheres obesas, com depressão maior	20mg de Fluoxetina nos primeiros 14 dias e 40mg a partir desse dia	Perderam peso: ~21% =>até 2,2Kg; ~36% =>2,2-4,4Kg; 25% => 4,4-6,6Kg; ~10% =>6,6-8,8Kg; 2% => 8,8- 11Kg. Ganharam peso: 6%.	Deitos, Silva & Alves, 1995
Ensaio clínico randomizado Controlado	3 meses	14 pacientes obesos	Grupo 1 => dieta Grupo 2=> dieta + 20mg de paroxetina	A ingestão do grupo 1 foi significativamente maior do que a do grupo 2 em termos do total de calorias (2094,2 ± 415 kcal/dia versus 1403,4 ± 368 kcal/dia; p < 0,05), gramas de carboidratos (218,8 ± 60,8 g/dia versus 164,3 ± 64,1 g/dia; p < 0,05) e proteínas (100,2 ± 19,6 g/dia versus 63,2 ± 8,1 g/dia; p < 0,05).	Luis <i>et al</i> , 2001
Ensaio clínico randomizado	6 meses	65 pacientes obesos (grupo 1) e 60 controles (grupo 2)	Grupo 1: 150 mg de Sertralina e tratamento cognitivo comportamental (TCC) Grupo 2: TCC	Redução no IMC de 6,5 ± 5,4% nos pacientes tratados com sertralina e TCC e de 3 ± 6,3% no grupo tratado só com TCC (p<0,01).	Ricca <i>et al</i> ,1997

4.3. Estudos relacionando antidepressivos de classes diferentes

Alguns estudos compararam o efeito dos antidepressivos de classes diferentes no estado nutricional.

Um ensaio clínico randomizado duplo-cego de curto prazo (12 semanas), com 32 idosos depressivos, comparou o uso da nortriptilina (ADT) com a paroxetina (ISRS) (WEBER *et al*, 1999), não encontrando mudança diferencial no peso entre os pacientes que usaram o ADT comparados com os pacientes que usaram o ISRS.

Chouinard (1983), em um ensaio clínico randomizado controlado, envolvendo 183 pacientes, comparou a bupropiona (Antidepressivo de nova geração) com a amitriptilina (ADT), encontrando que os pacientes que usaram a amitriptilina ganharam em média 1,5 kg de peso, enquanto os que usaram a bupropiona perderam em média 0,5 kg.

Esse resultado no ganho de peso, foi posteriormente confirmado por um ensaio clínico randomizado duplo-cego (ORZACK *et al*, 1986), que analisou o efeito na mudança de peso em 272 pacientes depressivos num período de 6 semanas, utilizando 200mg/dia de amitriptilina (ADT), 400mg de trazodona (Antidepressivo de nova geração) ou placebo. A amitriptilina também levou ao maior ganho de peso do que o placebo ou o grupo tratado com outros antidepressivos.

Por outro lado, outro ensaio clínico randomizado duplo-cego de longo prazo (2 anos), com 217 pacientes depressivos (MONTGOMERY, REIMITZ & ZIVKOV, 1998), comparou o uso da mirtazapina (Antidepressivo de nova geração), dosagem máxima de 35mg/dia, com a amitriptilina (ADT), máximo de 280mg/dia e um grupo placebo. A proporção de pacientes que tiveram um aumento anormal (> 7%) no peso corporal foi de

22% com a amitriptilina, 12,7% com a mirtazapina e 3,6% com o placebo. O grupo que recebeu a amitriptilina apresentou um ganho de peso médio de $1,7 \pm 4,1$ kg, o grupo com a mirtazapina $1,4 \pm 3,1$ kg e o placebo perdeu em média $0,1 \pm 3,2$ kg. Não houve diferença significativa no ganho de peso entre os grupos tratados, houve somente em relação ao placebo.

Portanto, os estudos que comparam mudanças no peso entre as diferentes classes de antidepressivos, demonstram o efeito dos tricíclicos no ganho de peso nas primeiras semanas (CHOUINARD, 1983; ORZACK et al, 1986), sendo que em tratamento por mais de um ano, o ganho de peso não foi diferente entre os antidepressivos (MONTGOMERY, REIMITZ & ZIVKOV, 1998).

Nos estudos relacionados nessa revisão, a dosagem dos antidepressivos variou de 200 a 300mg para os tricíclicos, de 20 a 150mg para os ISRS e de 35 a 400mg para os de nova geração. Os amplos intervalos de dosagem dependeram do princípio ativo de cada antidepressivo da mesma classe. Na prática clínica, a dosagem terapêutica também apresenta variações semelhantes no tratamento agudo (CORDIOLI et al, 2003) e há divergências entre os autores na dosagem do tratamento de manutenção. Alguns recomendam reduzir a dosagem do antidepressivo, enquanto outros, a manutenção da dose mais eficaz para cada paciente (CORDÁS E MORENO, 2001; STAHL, 2002). Os estudos encontrados nesta revisão não comparam o ganho de peso em variadas dosagens do mesmo antidepressivo, dificultando estabelecer uma conclusão quanto a este aspecto.

5. Conclusão

Nesta revisão procurou-se relatar os resultados de estudos randomizados, controlados e cegos relacionando as drogas antidepressivas com a mudança de peso. Apesar da vasta literatura no tema, poucos são os estudos com este desenho metodológico. A mudança no estado nutricional pelo uso de antidepressivos parece estar relacionada principalmente à melhora da sintomatologia depressiva e conseqüente ganho de peso pela recuperação do apetite.

Os estudos de curto prazo com os antidepressivos tricíclicos comprovam o ganho de peso como um efeito colateral associado a esse medicamento, entretanto, no tratamento de manutenção esse ganho de peso nem sempre é diferente do grupo controle.

Apesar do comprovado efeito da fluoxetina, um ISRS, na diminuição do apetite, observa-se que o seu efeito é transitório, com pequena perda de peso nas primeiras semanas de uso e efeito contrário após este período, em pacientes depressivos.

Portanto, é de grande importância a interdisciplinaridade no tratamento do paciente com transtorno depressivo, com adequado acompanhamento nutricional desses pacientes, a fim de minimizar o ganho de peso associado a esses medicamentos com individualização do tratamento, levando em consideração o peso anterior do paciente e os efeitos colaterais que podem interferir, direta ou indiretamente, no estado nutricional.

6. Referências bibliográficas:

1. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 316-325.
2. Aronne LJ; Segal, KR. Weight gain in the treatment of mood disorders. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 (8): 22-29.
3. Cafiero AC, Maritz CA. The impact of exercise on age-related physiological changes and pathological manifestations. *Journal of Pharmacy practice* 2003; 16(1): 5-14.
4. Carek OJ, Dickerson, LM. Current concepts in the pharmacological management of obesity. *Drugs* 1999; 57 (6): 883-904.
5. Chouinard G. Bupropion and amitriptyline in the treatment of depressed patients. *J Clin Psychiatry* 1983; 44 (5 pt 2): 121-9.
6. Consenso Latinoamericano de Obesidad. Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/downloads.htm>>. Acesso em: novembro de 2004.
7. Cordás TA, Moreno RA. *Conduas em psiquiatria*. 4ª ed. São Paulo: Lemos editorial; 2001. 421p.
8. Cordioli, AV et al. *Psicofármacos, consulta rápida*. 3ª ed, Porto Alegre: Editora Artmed; 2003. 706p.
9. Deitos, TFH, Silva, LG, Alves ACA. Depressão, obesidade e fluoxetina. *J Bras Psiq* 1995; 44 (10): 529-532.
10. Dixon JB, Dixon ME, O'Brien PE. Depression in association with severe obesity: changes with weight loss. *Arch Intern Med* 2003. 163: 2058-2065.
11. Dugan DJ. Antidepressants: using pharmacology to individualize therapy. *Journal of Pharmacy Practice* 2001; 14 (6): 458-466.
12. Epling J. Is Fluoxetine an effective therapy for weight loss in obese patients? *American family physician* 2003; 68 (12): 2437-2438.
13. Flaherty JA, Channon RA, Davis JM. *Psiquiatria: diagnóstico e tratamento*. Tradução: Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990. 479p.
14. Frank E, Kupfer DJ, Bulik CM, Leveson, JA. Imipramine and weight gain during the treatment of recurrent depression. *Journal of Affective disorders* 1990; 20 (3): 165-172.

15. Frank E, Kupfer DJ, Buhari A, McEachran AB, Grochocinski VJ. Imipramine and weight gain during the long-term treatment of recurrent depression. *Journal of Affective Disorders* 1992; 26 (1): 65-72.
16. Foltin RW, Margaret H, Comer SD, Fishman MW. Effect of fluoxetine on food intake of humans living in residential laboratory. *Appetite* 1996; 27:165-181.
17. Gopaldaswamy AK, Morgan R. Too many chronically mentally disabled patients are too fat. *Acta Psychiatr Scand* 1985; 72:254-258.
18. Kazes et al. Eating behaviour and depression before and after antidepressant treatment: a prospective, naturalistic study. *Journal of Affective Disorders* 1994; 30 (3): 193-207.
19. Kupfer DJ, Coble PA, Rubinstein D. Changes in weight during treatment for depression. *Psychosom Med* 1979; 41(7):535-44.
20. Lopez, AD et al. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet* 2006; 367: 1747-57.
21. Luis DA, Luis J, Aller R, Romero E. Modificación Del patrón de ingesta en pacientes obesos tratados con paroxetina. *Nutr Hosp* 2001; 16:19-22.
22. Marques et al. Inibidores seletivos de recaptación de serotonina (ISRS) e ganho de peso. *J Bras Psiq* 1996; 45 (2): 111-114.
23. Meredith, LS. Depression: 20 years of progress. *Medical Care* 2004. 42 (6): 499-501.
24. Michelson et al. Changes in weight during a 1- year trial of fluoxetine. *Am J Psychiatry* 1999; 156 (8): 1170-1176.
25. Montgomery SA, Reimitz PE, Zivkov M. Mirtazapine versus amitriptyline in the long-term treatment of depression: a double-blind placebo-controlled study. *Int Clin Psychopharmacol* 1998; 13(2):63-73.
26. Moreno RA, Moreno DH, Soares MBM. Psicofarmacologia de antidepressivos. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 1999; 21(1): 24-40.
27. Orzack et al. Weight changes in antidepressants: a comparison of amitriptyline and trazodone. *Neuropsychobiology* 1986; 15 Suppl 1:28-30.
28. Ricca V, Mannucci E, Di Bernardo M, Rizzello SM, Cabras PI, Rotella CM. Sertraline enhances the effects of cognitive-behavioral treatment on weight reduction of obese patients. *J Endocrinol Invest* 1997; 20:727-733.

29. Roberts et al. Are the obese at greater risk for depression? *Am J Epidemiol* 2000; 152:163-70.
30. Roberts RE, Deleger S, Strawbridge WJ, Kaplan GA. Prospective association between obesity and depression: evidence from the Alameda County Study. *International Journal of Obesity* 2003; 27:514-521.
31. Sociedade Brasileira de Diabetes. Consenso Brasileiro sobre Diabetes 2002: diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito do tipo 2 2003; Rio de Janeiro: Diagraphic. 72p.
32. Stahl SM. *Psicofarmacologia-base neurocientífica e aplicações práticas*. 2ª ed. São Paulo: Medsi; 2002. 617p.
33. Versiani, M. Depressão uma doença crônica. *Ciência hoje* 2004; 34 (201): 34-37.
34. Virk S, Schwartz TL, Jindal S, Nihalani N, Jones N. Psychiatric medication induced obesity: an aetiology review. *The International Association for Study of Obesity. Obesity Reviews* 2004; 5: 167-170.
35. Weber et al. Weight change in older depressed patients during acute pharmacotherapy with paroxetine and nortriptyline. *Am J Geriatr Psychiatry* 1999; 8(3):245-50.
36. World Health Organization, 1998. In: Disponível em: <<http://portalweb01.saude.gov.br/alimentacao/sobrepeso.cfm>>. Acesso em: novembro, 2004.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Avaliar o estado nutricional e os fatores interferentes em pacientes ambulatoriais com transtorno depressivo.

2.2. Objetivos específicos

- Avaliar a ingestão calórica e a distribuição de macronutrientes da dieta dos pacientes com depressão.

- Avaliar o estado nutricional desses pacientes.

- Avaliar os fatores que interferem no estado nutricional de pacientes depressivos.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. Delineamento do estudo

Realizou-se um estudo transversal, não controlado, descritivo e analítico, cuja unidade de pesquisa foi o indivíduo.

3.2. Sujeitos

O grupo estudado foi constituído por uma amostra sistematizada, de 300 indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 18 e 60 anos, portadores de transtorno depressivo, assistidos no ambulatório do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), que é um hospital público ligado à Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal, especializado no atendimento de pacientes psiquiátricos.

Para cálculo da amostra, estimou-se um total de atendimentos ambulatorial anual de no mínimo 1000 pacientes com transtorno depressivo, baseado no atendimento diário de pacientes com esse transtorno. Supondo uma prevalência de alteração no estado nutricional em 50% deste, margem de erro de 5% e intervalo de confiança de 95%, encontrou-se uma amostra de 270 pacientes. Acrescentando 10% de margem de segurança, obteve-se o “n” de 300 pacientes.

Foram selecionados pacientes com o diagnóstico de Transtorno Depressivo (F32, com exceção do F32.3 = Transtorno depressivo com sintomas psicóticos), Transtorno Depressivo Recorrente (F33, com exceção do F33.3 = Transtorno Depressivo Recorrente

com sintomas psicóticos), Transtorno Misto de Ansiedade e Depressão (F41.2) ou Distímia (F34.1), segundo Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10) em acompanhamento no ambulatório do HSVP.

Os critérios de exclusão foram: estar sob uso de álcool ou drogas, ter características psicóticas, histórias de hipomania ou mania e gestantes.

Para a captação dos voluntários da pesquisa, de janeiro a agosto de 2005, foi feita uma contagem de todos os prontuários que seriam atendidos diariamente no hospital, para saber a média de atendimentos por dia de pacientes com os diagnósticos F32, F33, F41.2 ou F34.1. Levando em consideração a capacidade de atendimento da nutricionista (média de 5 pacientes por período, com uma entrevista de 1 hora), os pacientes foram convidados a participar da pesquisa, de forma randomizada, a cada 2 prontuários com um dos diagnósticos acima, por meio de bilhetes anexados aos mesmos. No dia da consulta, eles eram solicitados a entrar em contato com a nutricionista que lhes explicava os objetivos da pesquisa e convidava-os a participar da mesma. Para os que aceitavam, era marcada uma consulta com a nutricionista pesquisadora no ambulatório do HSVP. Foram selecionados 1491 prontuários de pacientes diferentes nesse período. Destes, foram colocados convites em 500 prontuários, dos quais 300 participaram da pesquisa. Dos que não participaram, a maioria foi porque não respondeu ao convite e outros por alegarem que moram longe, por já estar em acompanhamento nutricional e um caso de depressão grave. O período da coleta de dados foi de janeiro/2004 a outubro/2004.

Onze pacientes selecionados para a pesquisa já faziam acompanhamento nutricional no ambulatório do HSVP.

3.3. Considerações éticas

Todos os pacientes foram voluntários, cuja participação foi condicionada à leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias (em anexo), ficando uma das vias em poder do responsável pelo participante da pesquisa.

O paciente foi claramente informado de todos os atos e procedimentos a que seria submetido durante a pesquisa.

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (protocolo número 85/2003, em anexo).

3.4. Materiais

Os materiais utilizados foram uma balança e um estadiômetro da marca Filizola (capacidade para 150 kg e 2 m), uma fita métrica não elástica, um esfignomanômetro do tipo aneróide marca Missouri, uma bioimpedância marca RJL Systems, Inc, modelo Quantum BIA – 101Q, um formulário para as anotações do recordatório 24h e uma ficha de atendimento (anexo) para obtenção de dados pessoais, clínicos, sócio-ambientais, atividade física e medicamentos utilizados. Dados como sedentarismo, tabagismo, etilismo, presença de compulsão alimentar e excesso de apetite foram referidos pelos pacientes.

3.5. Métodos

Foi utilizada uma ficha de atendimento para obtenção de dados pessoais, sociais, ambientais, clínicos e medicamentos utilizados. Nessa ficha também foram registrados dados sobre o apetite e compulsão alimentar do paciente.

O consumo alimentar – Valor energético total (VET), porcentagem do VET dos macronutrientes ingeridos diariamente, gramas de proteínas ingeridas por kg de peso e calorias consumidas por kg de peso – foi avaliado pelo método do recordatório de 24 horas.

Os antidepressivos utilizados pelos pacientes foram classificados em: 1) Antidepressivos tricíclicos (ADT), 2) Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS) e 3) Antidepressivos de nova geração. Esses últimos têm mecanismos de ação e efeitos colaterais diferentes, mas foram agrupados na mesma categoria devido ao número pequeno de pacientes do estudo que utilizavam esses antidepressivos.

Para análise de covariância entre os antidepressivos e o IMC, os pacientes que utilizavam mais de um tipo de antidepressivo, foram classificados pelo antidepressivo com maior tempo de uso. Seis pacientes que utilizavam 2 tipos de antidepressivos de classes diferentes pelo mesmo período de tempo foram descartados dessa análise, já que não poderia ser classificado em duas classes diferentes.

Os exames bioquímicos de glicemia, triglicerídeos e colesterol HDL foram realizados no laboratório da Policlínica, da Secretaria de Saúde, em Taguatinga-DF. As análises foram feitas no equipamento Hitachi 902 Automatic Analyser.

Os dados da ficha de atendimento foram digitados no EPIINFO versão 6.0. Os dados do recordatório 24 horas foram analisados pelo software Nutrisurvey, 2004 (www.nutrisurvey.de), cuja lista de alimentos utilizados encontra-se em anexo.

3.5.1. Antropometria

A antropometria foi realizada pela mesma antropometrista. Foi aferido o peso e estatura e, a partir desta, obteve-se o diagnóstico nutricional pelo Índice de Massa Corporal (IMC), utilizando-se a classificação proposta pela OMS (1998).

Para a medida de peso e estatura, utilizou-se a técnica proposta por Jelliffe (1966). Os indivíduos eram posicionados na balança de forma ereta, com os pés juntos, mãos ao lado do corpo e cabeça posicionada em ângulo de 90° com o pescoço. Com o objetivo de minimizar variação em tal procedimento, todos permaneceram descalços e com o mínimo de roupa possível.

3.5.2. Circunferência da cintura

A medida da circunferência da cintura foi realizada com uma fita métrica não elástica no ponto médio do abdome, localizado entre a última costela e a crista ilíaca. Os indivíduos estavam em posição anatômica, com o abdome relaxado.

3.6. Análise Estatística

Os resultados foram analisados no programa estatístico SAS, versão 8.2.

O consumo alimentar foi analisado pela variável valor energético total (VET), porcentagem dos macronutrientes, caloria por Kg de peso e gramas de proteínas por kg de peso sobre a variável IMC, por meio da análise de variância (ANOVA).

Foi utilizado o teste exato de qui-quadrado de Mantel Haenszel para se estudar a associação entre a classe de medicamentos antidepressivos com o estado nutricional.

Para a relação entre a classe de medicamentos antidepressivos e o IMC, utilizaram-se análises de variância e de covariâncias, ajustadas por variáveis selecionadas pelo grau de significância. Para efeito de análise utilizou-se um nível de significância de 5 %.

**CAPÍTULO 4 – ESTADO NUTRICIONAL E SEUS FATORES
INTERFERENTES EM PACIENTES COM TRANSTORNO DEPRESSIVO**

RESUMO

O transtorno depressivo interfere diretamente no estado nutricional do indivíduo, podendo levar a desnutrição/perda de peso ou obesidade. Foi realizado um estudo transversal com 300 pacientes ambulatoriais com transtorno depressivo, a fim de verificar o seu estado nutricional, associando-o com a classe de antidepressivo utilizada e demais fatores interferentes. Trinta e quatro por cento da amostra estudada foi de pacientes com sobrepeso, 28% de obesos e 5% de desnutridos. Não houve diferença no consumo alimentar dos pacientes do estudo em relação ao estado nutricional, quanto às calorias totais e à porcentagem dos macronutrientes consumidos por dia. Quanto às calorias consumidas por kg de peso por dia houve diferença significativa, com os pacientes que apresentaram baixo peso consumindo mais do que os acima do peso, sugerindo o subrelato desse último grupo. Foi encontrada associação significativa entre o índice de massa corporal e o tipo de antidepressivo utilizado, quando se controlou as variáveis idade, compulsão alimentar e excesso de apetite, sendo maior para os pacientes que utilizavam os inibidores seletivos da recaptação da serotonina comparados aos que usavam tricíclicos ou de nova geração. Esses resultados indicam a importância do acompanhamento nutricional dos pacientes portadores de transtorno depressivo, a fim de minimizar o ganho de peso associado a esse tratamento.

Palavras-chave: Transtorno depressivo, estado nutricional, ganho de peso, antidepressivos, consumo alimentar.

ABSTRACT

The depressive disorder interferes directly in the nutritional state of the patient, leading to undernutrition/weight loss or obesity. A cross-sectional study was conducted with 300 outpatients with depressive disorder to evaluate their nutritional state, associating it with the class of antidepressant in use and other interfering factors. Thirty four percent of the sample were overweight, 28% obese and 5% undernourished. There was no difference in the eating behavior of patients in relation to their nutritional state, as to the daily total calories and the percentage of macronutrients consumed. However, in relation to the calories consumed per kg of weight per day, there was a significant difference, with underweight patients consuming more than the overweight ones, indicating a possible under reporting of this last group. When the variables age, the compulsive eating behavior and excess of appetite were controlled, a significant association was found between the body mass index and the type of antidepressants used, which was higher for patients using selective serotonin uptake inhibitors compared to the other antidepressants. These results show the importance of systematic nutritional assistance and follow-up of depressive patients, to minimize the weight gain associated to this treatment.

Key-words: depressive disorder, nutritional state, weight gain, antidepressants, eating behavior.

1. Introdução

O Transtorno depressivo é caracterizado por humor deprimido ou irritável, menos valia, sentimento de culpa ou inutilidade, desânimo, pessimismo, desesperança, tristeza, pensamentos suicidas, ausência de prazer e falta de apetite, entre outros sintomas (OMS, 2001). No Brasil, num estudo realizado na cidade de São Paulo, estimou-se uma prevalência de ocorrência da depressão ao longo da vida em 16,8% da população adulta (ANDRADE, 2002).

Essa patologia interfere diretamente no estado nutricional do indivíduo, podendo levar a desnutrição/perda de peso ou obesidade, pois interfere no centro de controle neuronal responsável pela fome, ansiedade e compulsões alimentares (STAHL, 2002). Além disso, os efeitos colaterais dos antidepressivos – como estimulação do apetite, ansiedade – aliados ao sedentarismo e a alguns transtornos comumente associados à depressão, como o transtorno de ansiedade, podem levar ao ganho de peso nesses pacientes.

Mais de 60% da população adulta dos Estados Unidos possui sobrepeso ou obesidade, e a depressão é uma das doenças psiquiátricas mais comuns (National Heart, Lung and Blood Institute, 1998). Estima-se que a prevalência da obesidade em pacientes psiquiátricos tratados farmacologicamente é 2 a 5 vezes maior do que na população em geral (GOPALASWAMY & MORGAN, 1985). Dentre todas as causas, uma das possibilidades é que a medicação usada para o tratamento da depressão pode levar ao ganho de peso, particularmente, durante a manutenção do tratamento (ARONNE & SEGAL, 2003; VIRK et al., 2004).

Tanto a depressão como a obesidade estão associadas a várias complicações na saúde. A depressão está associada ao aumento do risco de doença coronária, infarto do miocárdio, deficiência cardíaca em pacientes com hipertensão sistólica e aumento da mortalidade. A obesidade está associada com hipertensão, dislipidemia, diabetes mellitus, doença coronariana, derrame e aumento da mortalidade (FAITH et al, 2002).

Considerando que o ganho de peso associado a esse tratamento antidepressivo pode interferir na adesão ao tratamento e a importância da adequada orientação nutricional a este paciente, o objetivo desse trabalho foi verificar o estado nutricional de pacientes ambulatoriais com transtorno depressivo, associando-o com a classe de antidepressivo utilizada e demais fatores que podem interferir neste estado.

2. Materiais e Métodos

Realizou-se um estudo transversal, não controlado e analítico, de uma amostra sistematizada, cuja unidade de pesquisa foi o indivíduo.

O grupo estudado foi constituído por indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 18 e 60 anos, portadores de transtorno depressivo, assistidos no ambulatório do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), que é um hospital público do Distrito Federal especializado no atendimento de pacientes psiquiátricos.

Para cálculo da amostra, estimou-se um total de atendimentos ambulatoriais de no mínimo 1000 pacientes por ano com transtorno depressivo, baseado no atendimento diário de pacientes com esse transtorno. Supondo uma prevalência de alteração no estado

nutricional em 50% deste, margem de erro de 5% e intervalo de confiança de 95%, encontrou-se uma amostra de 270 pacientes. Acrescentando 10% de margem de segurança, obteve-se o “n” de 300 pacientes.

Foram selecionados pacientes com diagnóstico de Transtorno Depressivo (F32, com exceção do F32.3 = Transtorno depressivo com sintomas psicóticos), Transtorno Depressivo Recorrente (F33, com exceção do F33.3 = Transtorno Depressivo Recorrente com sintomas psicóticos), Transtorno Misto de Ansiedade e Depressão (F41.2) ou Distímia (F34.1), segundo a Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10), sob acompanhamento no ambulatório do HSVP. Os critérios de exclusão foram: estar sob uso de álcool ou drogas, ter características psicóticas, histórias de hipomania ou mania e gestantes.

Todos os pacientes foram voluntários, cuja participação foi condicionada à leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Os materiais utilizados foram uma balança e um estadiômetro da marca Filizola, uma fita métrica não elástica, um formulário para as anotações do recordatório 24 horas, para análise do consumo alimentar dos pacientes (VET, porcentagem do VET dos macronutrientes ingeridos diariamente, gramas de proteínas ingeridas por kg de peso e calorias consumidas por kg de peso) e uma ficha de atendimento para obtenção de dados pessoais, clínicos, sócio-ambientais, atividade física e medicamentos utilizados, onde

também foram registrados dados como sedentarismo, tabagismo, etilismo, presença de compulsão alimentar e excesso de apetite, que foram referidos pelos pacientes.

Para a captação dos voluntários da pesquisa, de janeiro a agosto de 2005, foi feita uma contagem de todos os prontuários, que seriam atendidos diariamente no hospital, para saber a média de atendimentos por dia de pacientes com os diagnósticos F32, F33, F41.2 ou F34.1. Levando em consideração a capacidade de atendimento da nutricionista (média de 5 pacientes por período, com uma entrevista de 1 hora), os pacientes foram convidados a participar da pesquisa, de forma randomizada, a cada 2 prontuários com um dos diagnósticos acima, por meio de bilhetes anexados aos mesmos. Foram selecionados 1491 prontuários de pacientes diferentes nesse período. Destes, foram colocados convites em 500 prontuários, dos quais 300 participaram da pesquisa. Dos que não participaram, a maioria foi porque não respondeu ao convite e outros por alegarem que moram longe, por já estar em acompanhamento nutricional e um caso de depressão grave.

Onze pacientes selecionados para a pesquisa já faziam acompanhamento nutricional no ambulatório do HSVP.

Os antidepressivos utilizados pelos pacientes foram classificados em: 1) Antidepressivos tricíclicos (ADT), 2) Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS) e 3) Antidepressivos de nova geração. Esses últimos têm mecanismos de ação e efeitos colaterais diferentes, mas foram agrupados na mesma categoria devido ao número pequeno de pacientes do estudo que utilizavam esses antidepressivos.

Para análise de covariância entre os antidepressivos e o IMC, os pacientes que utilizavam mais de um tipo de antidepressivo, foram classificados pelo antidepressivo com

maior tempo de uso. Seis pacientes que utilizavam 2 tipos de antidepressivos de classes diferentes pelo mesmo período de tempo foram descartados dessa análise, já que não poderia ser classificado em duas classes diferentes.

Foram solicitados exames bioquímicos de triglicerídeos e colesterol HDL, que foram realizados no laboratório da Policlínica da Secretaria de Saúde (Taguatinga – DF).

Os dados da ficha de atendimento foram digitados no EPIINFO versão 6.0. Os dados do recordatório 24 horas e questionário de frequência alimentar foram analisados pelo software Nutrisurvey, 2004 (www.nutrisurvey.de).

2.1. Análise Estatística

Os dados foram analisados no programa estatístico SAS, versão 8.2.

Para se estudar a relação entre a classe de medicamentos antidepressivos e o consumo alimentar sobre o IMC, utilizou-se uma análise de covariâncias. Para efeito de análise utilizou-se um nível de significância de 5 %.

3. Resultados

A tabela 1 resume as principais características da amostra estudada. A maioria dos pacientes foi composta por indivíduos do sexo feminino (89%), com idade média de $43 \pm 9,8$ anos, casados (58%) e desempregados ou de licença médica (67%). O nível de escolaridade predominante foi de 1º grau incompleto ou analfabetos (46%).

Tabela 1: Perfil demográfico e clínico dos pacientes portadores de transtorno depressivo do Hospital São Vicente de Paulo – Taguatinga-DF.

Variáveis analisadas	Resultado	“n”
Sexo:		
Masculino	11%	32
Feminino	89%	268
Idade:		
Média (anos)	$42,6 \pm 9,8$	
Estado Civil:		
Casados	58%	175
Solteiros	23%	68
Divorciados/Viúvos	19%	57
Escolaridade:		
Analfabetos	3%	10
1º grau incompleto	43%	128
1º grau completo	20%	58
2º grau completo	23%	70
3º grau completo	11%	34
Ocupação atual:		
Empregado	33%	98
Desempregado/ Licença Médica	67%	202
Diagnóstico clínico:		
Transtorno Depressivo (F32)	59%	176
Transtorno Misto de Ansiedade e Depressão (F41.2)	29%	87
Transtorno Depressivo Recorrente (F33)	8%	24
Distímia (F34.1)	4%	13
Tempo de diagnóstico:		
< 1 ano	27%	77
1 a 2 anos	22%	64
2 a 5 anos	26%	76
> 5 anos	25%	72
Tipo de antidepressivo utilizado		
Tricíclicos	50%	143
ISRS	46%	132
Nova geração	4%	12
Presença de compulsão alimentar	36%	108
Excesso de apetite	27%	81

A mediana do tempo de diagnóstico dos pacientes foi de 26 meses, sendo que 10 pacientes foram diagnosticados há um mês da data da entrevista.

A mediana da dosagem dos antidepressivos utilizada foi 50 mg/dia para os tricíclicos, 20 mg/dia para os ISRS e 125 mg/dia para os de nova geração. A mediana do tempo de uso dos ADT foi o maior (24 meses), seguidos dos ISRS (12 meses) e dos de nova geração (5 meses).

No grupo dos pacientes que utilizavam os antidepressivos tricíclicos, o principal medicamento utilizado foi a amitriptilina (n = 90), dos ISRS, a fluoxetina (n = 83) e dos antidepressivos de nova geração, a bupropiona (n = 5).

A tabela 2 apresenta os fatores de risco associados às doenças crônicas não transmissíveis dos pacientes do estudo. A maioria dos pacientes refere não praticar atividade física (75%), apresenta sobrepeso ou obesidade ($IMC \geq 25\text{kg/m}^2$) e apresenta concentração de gordura na região abdominal, também denominada obesidade andróide (61%).

Tabela 2: Presença de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis medidos ou referidos pelos pacientes.

Fatores de risco	Sexo feminino		Sexo masculino		Total	
	%	n	%	n	%	n
Ausência de atividade física*	75	202	72	23	75	225
Tabagismo*	16	41	12	6	16	47
Etilismo*	8	21	12	4	8	25
Hipertensão*	29	78	37	12	30	90
Obesidade abdominal**	61	164	59	19	61	183
HDL < 40 mg/dl	16	43	16	5	24	48
Triglicerídeos > 150 mg/dl	27	73	41	13	40	86
$IMC \geq 25\text{ kg/m}^2$	55	165	7	21	62	186

*Dados referidos pelos pacientes

**Circunferência da cintura > 80 cm para o sexo feminino e > 94 cm para o masculino.

Em relação ao estado nutricional (figura 1) a maioria da amostra (62%) foi composta de pessoas acima do peso. Cinco por cento da amostra foram de pessoas com algum grau de baixo peso.

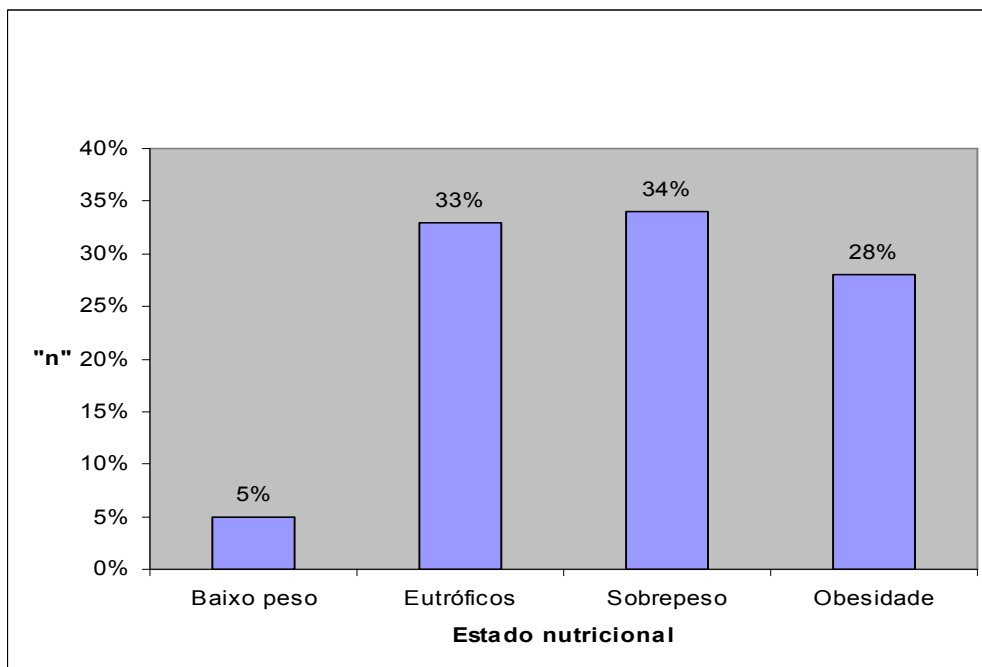


Figura 1: Estado nutricional dos pacientes com transtorno depressivo do Hospital São Vicente de Paulo – HSVP, Taguatinga-DF.

Em relação ao valor energético total (VET), a ingestão média de energia dos pacientes, foi de 1650 ± 784 kcal, divididas em 35% de energia proveniente de lipídios, 17% de proteínas e 48% de carboidratos.

Conforme apresentado na tabela 3, não houve diferença entre a ingestão calórica média dos pacientes em relação ao estado nutricional. Por outro lado, quanto às calorias consumidas por kg de peso e a grama de proteína por kg de peso por dia, houve diferença

significativa, com os pacientes baixo peso consumindo mais dos que os acima do peso, provavelmente relacionado ao sobrerelato dos primeiros e subrelato do último grupo.

Tabela 3: Valor energético total (VET), porcentagem de distribuição dos macronutrientes, consumo energético e protéico/kg de peso/dia por estado nutricional dos pacientes depressivos do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) – Taguatinga-DF.

Energia	Baixo peso (n = 16)	Eutrófico (n = 97)	Sobrepeso (n = 100)	Obesidade (n = 85)
VET (kcal/dia)	1518 ± 614	1664 ± 800	1602 ± 743	1714 ± 845
% Carboidratos*	45,3	48,3	47,5	48,9
% Lipídios*	37,0	35,6	34,5	33,9
% Proteína*	17,5	16	17,8	16,9
Gptn/kgP**	1,6 ± 1,44 ^a	1,2 ± 0,74 ^{a,b}	1,0 ± 0,49 ^{b,c}	0,8 ± 0,67 ^{d,c}
Kcal/KgP/dia***	35 ± 17 ^{a,b}	29 ± 14 ^b	23 ± 10 ^c	20 ± 10 ^{d,c}

Letras diferentes na mesma variável denotam diferença significativa < 0,05 pelo teste ANOVA.

* Porcentagem do VET dos macronutrientes ingeridos diariamente.

** Gramas de proteínas ingeridas diariamente por kg de Peso

*** Calorias consumidas por kg de peso por dia

A Figura 2 mostra o estado nutricional dos pacientes estudados por classe de antidepressivo utilizada.

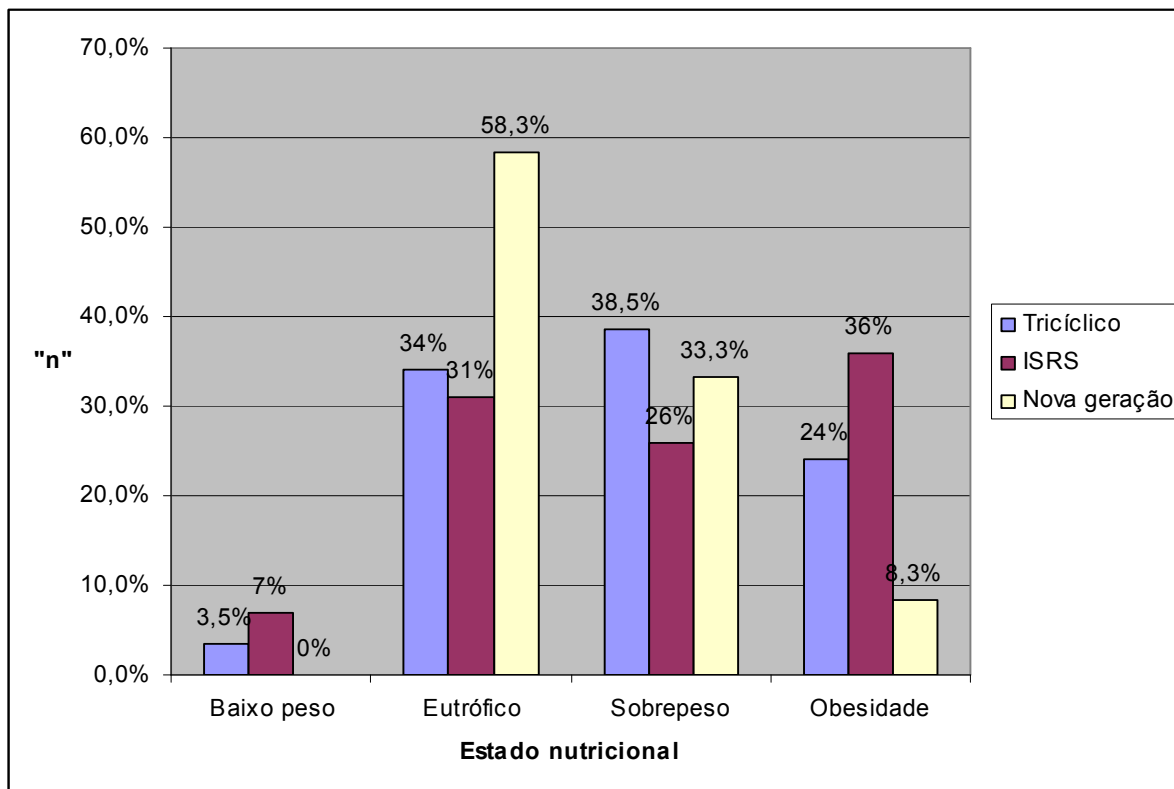


Figura 2: Estado nutricional dos pacientes com transtorno depressivo por classe de antidepressivo utilizada.

Apesar de não se ter encontrado diferença significativa no estado nutricional em relação à classe de antidepressivo utilizada, verificou-se que a maioria dos pacientes em uso de antidepressivos tricíclicos apresentava sobrepeso, os usuários de ISRS, obesidade, e os usuários dos antidepressivos de nova geração, eutrofia.

Cinquenta e dois por cento da amostra referiram ter ganhado peso quando começaram a tomar a medicação, 39% referiram não ter apresentado alterações no peso e 9% referiram ter perdido peso.

Para se estudar a relação entre o IMC, a classe de medicamento antidepressivo utilizada e os demais fatores que podiam interferir no estado nutricional utilizou-se uma análise de covariância, ajustada pelas seguintes covariáveis: idade, presença de compulsão alimentar (sim = 1 e não = 0), excesso de apetite (sim = 1 e não = 0), dosagem e tempo de uso da medicação. As variáveis idade, compulsão alimentar e excesso de apetite foram as que mais se relacionaram com o IMC com $p < 0,0001$, $p = 0,002$ e $p = 0,0288$, respectivamente. A variável kcal/kg de peso e grama de proteína/kg de peso, apesar de interferirem no IMC, não foram utilizadas no modelo por não representarem o consumo real. Os IMCs médios da amostra das classes de antidepressivos tricíclicos, ISRS e de nova geração, foram respectivamente: $26,8 \pm 0,95 \text{ kg/m}^2$, $28,2 \pm 0,47 \text{ kg/m}^2$, $24,6 \pm 1,56 \text{ kg/m}^2$. O resultado da análise de covariância indicou que a média de IMC foi maior para os pacientes que usavam os ISRS, que foi estatisticamente diferente dos usuários de tricíclicos ($p = 0,0356$) e dos de nova geração ($p = 0,0294$).

4. Discussão

A maior parte dos pacientes era do sexo feminino, compatível com a maior prevalência da depressão (de 2 a 3 vezes) neste sexo (Fleck et al, 2001). Porém, essa diferença pode ter sido devido às mulheres procurarem mais o serviço de saúde do que os homens (STAHL, 2002).

Os resultados encontrados em relação à idade estão de acordo com os encontrados pela OMS (2001), que refere que embora a depressão possa afetar as pessoas em qualquer fase da vida, a incidência é mais alta na meia idade (OMS, 2001).

Cinquenta e um por cento da amostra possui depressão há mais de 2 anos, sendo a mediana do tempo de diagnóstico de 26 meses. De acordo com a OMS (2001), a depressão é uma doença crônica e recorrente.

A depressão tem sido associada a uma variedade de doenças, especialmente no desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Kinder et al (2004) demonstraram que mulheres jovens com uma história de no mínimo 1 episódio de depressão tiveram 2 vezes mais chance de ter síndrome metabólica comparada com aquelas que não tinham história de depressão. Comparando os dados de hipertensão, tabagismo, etilismo e ausência de atividade física do presente estudo com os dados do Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não-transmissíveis (INCA, 2004) para a população do Distrito Federal, os resultados de hipertensão e tabagismo foram comparáveis ao resultado do estudo do INCA. No entanto, 8% deste estudo referiram ingerir bebida alcoólica versus 46,4% da população estudada pelo INCA e

75% da amostra não pratica atividade física, sendo mais do que o dobro dos resultados do INCA (35,3%). A atividade física promove um estilo de vida mais saudável, aumentando a capacidade funcional e a qualidade de vida (CAFIERO e MARITZ, 2003). A alta inatividade dos pacientes desse estudo pode ser devido à própria característica da doença, caracterizada pelo desânimo e ausência de prazer nas atividades diárias (OMS, 2001) e aos efeitos colaterais dos antidepressivos que incluem sonolência, tontura e hipotensão postural, prejudicando esses pacientes a exercerem uma atividade física (FLAHERTY et al, 1990).

Em relação ao consumo energético diário (VET), não houve diferença entre a ingestão calórica média dos pacientes em relação ao estado nutricional. Por outro lado, quanto às calorias consumidas por kg de peso e a grama de proteína por kg de peso por dia, houve diferença significativa, com os pacientes baixo peso consumindo mais dos que os acima do peso, indicando o subrelato desse último grupo, já que segundo Fisberg et al (2005), os pacientes obesos tendem a subestimar sua ingestão alimentar. Outra possibilidade é a limitação do método de anamnese alimentar utilizado na pesquisa, o recordatório de 24h. Segundo Cintra et al (1997), algumas desvantagens desse método é que ele depende da memória do participante, o tamanho das porções é difícil de ser calculado com exatidão, podendo haver uma subestimação do tamanho da porção na transformação da medida caseira para gramatura, e a ingestão habitual de um indivíduo não pode ser calculada a partir da ingestão de um dia, pois esse dia pode ter sido atípico.

A distribuição dos macronutrientes não foi diferente estatisticamente em relação ao estado nutricional e, segundo a Ingestão Dietética Recomendada (IDR, 2000), os resultados encontrados estão dentro do estabelecido para indivíduos saudáveis. Christensen (2001)

refere que pacientes depressivos tendem a consumir mais carboidratos do que pessoas não deprimidas com uma alta preferência por doces ou alimentos ricos em gordura durante os episódios depressivos, o que é diferente do encontrado no presente estudo, podendo também ser devido ao subrelato dos obesos e às limitações do recordatório 24 horas.

Quanto ao estado nutricional, 62% da amostra foram compostas de pessoas acima do peso. Esse resultado é quase o dobro comparado aos resultados do INCA (2004), que encontrou 34,1% de excesso de peso na população estudada do Distrito Federal. Segundo Gopaldaswamy & Morgan (1985), a prevalência da obesidade em pacientes psiquiátricos tratados farmacologicamente é 2 a 5 vezes maior do que na população em geral.

A classe de antidepressivos utilizada interferiu no IMC, que foi maior e estatisticamente diferente nos usuários de ISRS, quando controlou-se as covariáveis idade, compulsão alimentar e excesso de apetite. Esse resultado pode ser explicado pela mediana do tempo de uso dos antidepressivos ISRS ser de 12 meses, ou seja, um uso crônico, o que está associado ao ganho de peso (MICHELSON et al, 1999). Alguns pacientes, também, utilizavam antidepressivos ISRS juntamente com Tricíclicos, antipsicóticos ou anticonvulsivantes, o que pode ter interferido no resultado, já que para efeito de análise, levou-se em consideração apenas o antidepressivo utilizado há mais tempo por cada paciente. Outro fator é que, com o tratamento, os pacientes podem ter melhorado da depressão, com retorno do apetite e conseqüente ganho de peso e não, simplesmente, ser um efeito colateral da droga (MICHELSON *et al*, 1999).

Com isso, verificou-se que a maioria dos pacientes depressivos possui excesso de peso. Encontraram-se vários fatores que interferem no IMC de pacientes depressivos, como

a idade, presença de compulsão alimentar e excesso de apetite, que, juntamente com a inatividade, podem elevar o risco de desenvolvimento de doenças relacionadas ao excesso de peso nesta população. O tipo de antidepressivo utilizado interfere no IMC, sendo esse maior no grupo dos usuários de ISRS. Estes resultados reforçam a necessidade de acompanhamento nutricional cuidadoso desses pacientes, com avaliação dos diversos fatores que interferem neste estado, como os encontrados neste estudo. Estes aspectos devem nortear o trabalho do nutricionista, como componente da equipe multiprofissional, que atua na atenção à saúde destes pacientes.

5. Conclusão

Pelo presente estudo pode-se concluir que:

- A maioria dos pacientes com transtorno depressivo possui excesso de peso, o que pode ser devido aos efeitos colaterais da medicação utilizada ou outras características da doença, como a inatividade física, o que pode elevar o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares.
- O consumo alimentar de macronutrientes dos pacientes do estudo foi semelhante ao recomendado para indivíduos saudáveis, com a média de ingestão energética diária menor do que a recomendada, o que pode ter sido devido ao subrelato dos pacientes acima do peso e às limitações inerentes ao método de anamnese alimentar utilizado.
- O IMC, controlado em relação as variáveis idade, compulsão alimentar e excesso de apetite, foi estatisticamente maior para os pacientes que utilizavam antidepressivos Inibidores seletivos da recaptção da serotonina comparados aos que usavam tricíclicos ou de nova geração.

Portanto, em pacientes portadores de transtorno depressivo deve-se atentar para os efeitos colaterais dos medicamentos antidepressivos, sendo importante que haja um acompanhamento nutricional dos mesmos, a fim de minimizar o ganho de peso associado a esses medicamentos e com isso melhorar a adesão do paciente ao tratamento.

6. Referências Bibliográficas:

1. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 316-325.
2. Aronne LJ; Segal, KR. Weight gain in the treatment of mood disorders. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 (8): 22-29.
3. Cafiero AC, Maritz CA. The impact of exercise on age-related physiological changes and pathological manifestations. *Journal of Pharmacy practice* 2003; 16(1): 5-14.
4. Christensen L. The effect of food intake on mood. *Clinical Nutrition* 2001; 20: 161-166.
5. Cintra IP, Heyde MEDV, Schmitz BAS, Franceschini S, Taddei JAC, Sigulem, D. Métodos de Inquéritos Dietéticos. *Cadernos de Nutrição* 1997; 3: 11-23.
6. Faith MS, Matz PE, Jorge MA. Obesity-depression associations in the population. *Journal of Psychosomatic Research* 2002; 53: 935-942.
7. Fisberg RM, Slater B, Marchioni DML, Martini LA. Inquéritos alimentares – Métodos e Bases científicas. São Paulo: Manole; 2005. 350p.
8. Flaherty JA, Channon RA, Davis JM. *Psiquiatria: diagnóstico e tratamento*. Tradução: Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990. 479p.
9. Fleck et al. Diagnóstico e tratamento da depressão. Projeto Diretrizes. *Associação Brasileira de Psiquiatria* 2001; 3-9.
10. Gopalaswamy AK, Morgan R. Too many chronically mentally disabled patients are too fat. *Acta Psychiatr Scand* 1985; 72:254-258.
11. INCA. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA 2004. 183p.

12. Institute Of Medicine/ Food And Nutrition Board. Dietary Reference Intakes. Washington, National Academy Press 2000; 592p.
13. Kinder et al. Depression and the metabolic syndrome in young adults: findings from the third national health and nutrition examination survey. *Psychosomatic Medicine* 2004; 66: 316-322.
14. Michelson et al. Changes in weight during a 1- year trial of fluoxetine. *Am J Psychiatry* 1999; 156 (8): 1170-1176.
15. National Heart, Lung and Blood Institute. Clinical guidelines for the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults: the evidence report. Bethesda (MD): National Heart, Lung and Blood Institute, 1998.
16. Stahl SM. *Psicofarmacologia-base neurocientífica e aplicações práticas*. 2ª ed. São Paulo: Medsi; 2002. 617p.
17. Virk S, Schwartz TL, Jindal S, Nihalani N, Jones N. Psychiatric medication induced obesity: an aetiology review. *The International Association for Study of Obesity. Obesity Reviews* 2004; 5: 167-170.
18. World Health Organization Report. *Relatório Sobre a Saúde no Mundo, 2001 - Organização Panamericana da Saúde - Organização Mundial de Saúde – ONU*.

5. CONCLUSÕES GERAIS

Por meio desse estudo pôde-se concluir que os artigos relacionados ao tratamento agudo e de manutenção com os antidepressivos tricíclicos comprovam o ganho de peso como um efeito colateral associado a esse medicamento. Sendo que o ganho de peso no tratamento de manutenção nem sempre é diferente em relação ao grupo controle.

Apesar do comprovado efeito da fluoxetina, um ISRS, na diminuição do apetite, observa-se que o seu efeito é transitório, com pequena perda de peso nas primeiras semanas de uso e efeito contrário após este período, em pacientes depressivos.

Neste estudo, a maioria dos pacientes com transtorno depressivo possui excesso de peso, o que pode ser devido aos efeitos colaterais da medicação utilizada ou outras características da doença, como a inatividade física, o que pode elevar o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

O consumo alimentar de macronutrientes dos pacientes do estudo foi semelhante ao recomendado para indivíduos saudáveis, com a média de ingestão energética diária menor do que a recomendada, o que pode ter sido devido ao subrelato dos pacientes acima do peso e às limitações inerentes ao método de anamnese alimentar utilizado.

O IMC, controlado em relação as variáveis idade, compulsão alimentar e excesso de apetite, foi estatisticamente maior para os pacientes que utilizavam antidepressivos Inibidores seletivos da recaptção da serotonina comparados aos que usavam tricíclicos ou de nova geração.

Portanto, em pacientes portadores de transtorno depressivo deve-se atentar para os efeitos colaterais dos medicamentos antidepressivos, sendo importante que haja um acompanhamento nutricional dos mesmos e uma interdisciplinaridade no tratamento, a fim de minimizar o ganho de peso associado a esses medicamentos e melhorar o atendimento no trabalho coletivo em saúde, já que a depressão é uma doença crônica, que pode prejudicar a qualidade de vida desses pacientes.

ANEXOS

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Nutrição
Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana

Projeto: Perfil Nutricional de pacientes portadores de Transtorno Depressivo

Pesquisadora: Helicinia Giordana Espíndola Peixoto, tel. 99868210/4519727/3512709.

Email: helicinia@yahoo.com.br

Orientadora: Marina K. Ito, Depto de Nutrição, tel. 3072548/3072510

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Recebi informações sobre a pesquisa intitulada “Perfil Nutricional e Padrão Alimentar de pacientes portadores de Transtorno Depressivo”, que tem como objetivo determinar o estado nutricional e o padrão alimentar dos pacientes ambulatoriais com transtorno depressivo do Hospital São Vicente de Paulo e avaliar a relação existente entre os efeitos colaterais dos antidepressivos e os parâmetros nutricionais, e declaro estar ciente que serei:

- Questionado sobre o meu hábito alimentar;
- Submetido a avaliação do meu peso, altura, composição corporal, medida da circunferência da cintura e do quadril e medição da pressão;
- Submetido a exame de sangue (hemograma, triglicerídeos, colesterol total e frações, albumina e glicemia) no Laboratório Policlínica da Fundação Hospitalar, que se localiza próximo ao HSVP.

Fui informado que:

- Todas essas avaliações não apresentarão nenhum risco para mim;
- Todos os meus dados estão sob garantia de sigilo e privacidade por parte do pesquisador com objetivo único de estudo científico;
- Receberei todos os resultados das avaliações realizadas e que, de acordo com meus resultados, receberei orientações dietéticas importantes para minha saúde.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e que estou de acordo em participar da pesquisa proposta, sabendo que dela poderei desistir de participar a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de constrangimento ou opinião e sem prejuízo para o tratamento que venho recebendo nesta clínica.

Recebi uma cópia deste termo, sendo que a outra ficará sob a guarda da pesquisadora responsável.

Brasília, ____ de _____ de 200 ____.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da testemunha: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome: _____ n°: _____
 Idade: _____ Sexo: _____ Registro: _____ Data consulta: ___/___/_____
 Endereço: _____ Tel: _____
 Estado civil: _____ Escolaridade: _____
 Profissão: _____ Ocupação atual: _____
 Diagnóstico Clínico: _____ Tempo: _____
 Medicamentos utilizados:

TIPO	DOSAGEM	TEMPO DE USO

➤ Você acha que seu peso se alterou depois que você começou a tomar a medicação?
 () Não () Sim. Como: _____

Antropometria:

Peso atual:	Peso ajust p/ obes:
Altura:	Circ cintura:
IMC:	Peso usual:
Peso ideal:	Perda ponderal (kg/período):

Bioimpedância

Última ingestão de líquido: _____ Tipo: _____ Última vez que urinou: _____

Resistência:	Reactância:
%gordura:	TMB:
Kg gordura:	Total água no corpo:
%massa magra:	
kg massa magra:	

Diag Nutricional: _____ Pressão arterial: _____ Ingestão hídrica: _____
 Etilismo: () não () sim _____ Tabagismo: () não () sim _____
 Intol/Alergias alimentares: _____ Atividade física: () não () sim _____

Manifestações Clínicas:

() Anorexia () Bulimia _____ () Diarréia
 () Inapetência () Constipação _____ () Outros _____
 () Excesso de apetite () Náuseas/enjôo

➤ Você tem compulsão alimentar? () Não () Sim _____
 ➤ Qual a hora do dia que você sente mais fome? _____

Observações:
Conduta Dietoterápica:

Anexo 2: Ficha de Atendimento- 1ª Consulta

2ª Consulta:

Data:

Peso atual:

IMC:

Circunferência da cintura:

Exames laboratoriais

Albumina:	CHCM:	Triglicerídeos:
Hemoglobina:	Linfócitos:	Colesterol total:
Hemácias:	Leucócitos:	LDL:
Hematócrito:	Eosinófilos:	HDL:
VCM:	Plaquetas:	VLDL:
HCM:	Glicemia:	

Anexo 3: Ficha de Atendimento- 2ª Consulta

Abóbora: carrot
Abobrinha: Quiabo cozido
Açúcar: sempre a 5% nas preparações
Agrião: Watercress fresh
Água de coco: coconut milk
Alface: Iceberg lettuce fresh
Amendoim salgado/torrado: peanut roasted
Arroz: Rice hulled cooked
Arroz doce: milk rice
Aveia: oats whole grain
Bacon/toucinho: Pork bacon raw smoked
Balas: Sweets
Barra de cereais: cornflakes (25g)
Batata: boiled potato ou potatoes peeled fresh cooked
Berinjela: Aubergine fresh cooked
Beterraba: beetroot fresh cooked
Biscoito cream-cracker: Crackers
Biscoito doce ou recheado: Biscuits
Biscoito de polvilho frito: usei 20g p cada unidade Média
Bobó de camarão: (p 100g): 35g shrimp small cooked + 50g manioc + 4ml olive oil + 30g tomato red fresh + 50g de coconut milk
Bolo em geral ou tortas: cakes (bakery)
Brócolis: Broccoli fresh cooked
Cachorro-quente: 50g de rolls + 50g salsicha de frango cozida em água + 40g tomato sauce
Cafê com leite: 1 xícara = 150ml de cow's milk boiled + 50ml de café em infusão sem açúcar + 10g de sugar
Caldo de cana: sugar brown cane: 22g p/ cada 100ml de caldo
Caldo de feijão: Wax beans cooked
Carne cozida: meat cooked
Carne de porco: Pork medium fat
Carne de sol frita: salt-cured meat ribs
Carne grelhada ou assada ou frita/Bife: Beef medium fat fresh cooked
Carne moída: Beef minced cooked
Cenoura: Multiplicar a gramatura do programa por 2
Cevada: barley wholemeal
Coco (1 und M): 150g coconut meat grated
Couve refogada: spring cabbage fresh cooked
Couve-flor: Cauliflower fresh cooked
Creme de leite: sour cream 30% fat
Creme de milho (1 prato sobremes): 66g de sweet corn fresh cooked + 8g de wheat flour fine Type 550 + 5g butter + 100g cow's milk boiled
Crepe de banana: 50g rolls + 30g floral honey mixtures + 80g banana fresh + 40g cheese semihard 50% fresh
Danoninho: yoghurt 10% whit fruit (45g)
Dindim de groselha: Currant red fresh (60g)

Anexo 5: Lista de alimentos utilizados para cálculo do consumo energético diário através do programa Nutrisurvey

Doce de goiaba: marmalade
 Doce de leite: condensed milk sugared 10% fat
 Doce de mamão/banana: jelly babies
 Enroladinho de queijo: 50g white wheaten bread + 40g cheese semihard min 50% fat
 Esfiha: White wheaten bread: 63g + chicken stewing or beef minced cooked: 38g
 Farinha de soja: soya bean flour (excess oil removed) bitter principle
 Farinha Láctea/Neston: wheat wholemeal flour
 Feijão: Lima bean dried cooked
 Feijão tropeiro: p/ 3 colheres de sopa: 23g de lima bean dried cooked + 11g pork bacon raw smoked + 11g fried sausage with curry + 5g flour/meal
 Feijoada: 25g sausage meat; 10g pork bacon; 65g lima beans
 Fígado: Beef liver cooked
 Frango assado ou grelhado: Chicken fryer, breast fresh (White meat)
 Frango cozido: Chicken stewing, meat with skin
 Frango empanado: 105g Chicken fryer, breast fresh (White meat) + 20g flour/meal + 10g chicken egg fresh + 10ml soya bean oil
 Gelatina: jelly babies (metade da porção ingerida)
 Geléia: mixed fruit jam
 Granola: oat flakes
 Iogurte: Yoghurt low fat with fruit
 Iogurte light: Yoghurt skimmed
 Lasanha: lasagne
 Leite em pó: Whole milk powder
 Leite de coco: coconut milk (multiplica a quantidade por 10)
 Leite de soja: Soya bean milk liquid
 Leite desnatado: cow's milk skimmed boiled
 Leite integral: Cow's milk boiled
 Leite integral com Nescau: liquid milk with cacao/chocolate
 Lingüiça/Salsicha: Sausage meat fresh
 Linhaça: soya bean oil
 Macarrão: Egg nodles cooked
 Maionese: mayonnaise (R)
 Mandioca: manioc (cassava)
 Manjar/pudim: flan
 Maria-mole: usei sweets
 Margarina: margarina vegetal com sal Doriana
 Margarina light: margarine semihard linoleic acid 30-50%
 Marmita: utilizei 200g de rice hulled cooked e 140 g de lima bean
 Maxixe: Gherkin pickled
 Mingau de milho: 33g de sweet corn fresh cooked + 5g sugar + 50g cow's milk boiled
 Miojo: miojo média: 85g
 Moela: beef heart cooked
 Molho p/ salada: mayonnaise for salads 50% fat
 Nescau/ Toddy: Cocoa powder
 Paçoca: sugar coated sweet
 Pão careca: rolls

Anexo 5: Lista de alimentos utilizados para cálculo do consumo energético diário através do programa Nutrisurvey

Pão de queijo: pão de queijo caseiro
 Pão de forma: White bread for toasting
 Pão francês: White wheaten bread
 Pão integral: Brown wheaten bread for toasting partially with coarsely
 Pão Pizza: 50g white wheaten bread + 20g pork ham boiled smoked + 20g cheese semihard min 50% fat
 Pavê: Cream custard cake
 Pepino: Cucumber fresh
 Picolé de frutas: fruit ice cream
 Pizza: considerar 100g cada fatia em vez de 125g
 Presunto/Mortadela: Pork ham boiled not smoked (1 fatia = 40g)
 Purê de batata: potato mash
 Queijo branco: Cheese (max 0,2 CaCl₂/l milk added) min 30% fat dm
 Queijo amarelo: Cheese (max 0,2 CaCl₂/l milk added) semihard min 50% fat dm
 Rapadura: Sugar brown cane
 Refrigerante: carbonated soft drinks
 Refrigerante light/diet: soft drinks low calory
 Requeijão cremoso: cheese (max 0,2g CaCl₂/l milk added) semihard
 Requeijão cremoso light: cream cheese min 50% fat
 Repolho: chinese cabbage fresh cooked
 Rosca: Sponge cake roll
 Salada de frutas (p/ 1 xícara de chá): 40g banana fresh + 40g apple fresh + 80g orange fresh + 40g papaya fresh
 Salpicão: p/ 2 col sopa (50g) usei: 25g carrot fresh cooked + 30g pork ham boiled not smoked + 5g mayonnaise + 20g fried potatoes
 Sanduíche natural (frango com salada – 1 unidade): 75g brown wheaten bread for toasting + 40g chicken stewing with skin + 30g tomato red fresh + 30g iceberg lettuce fresh
 Sonho: 50g Rolls + 80g condensed milk sugared 10% fat + 24g sugar
 Sorvete: Cream ice cream
 Strogonoff de frango: 75g chicken stewing, meat with skin + 18g sour cream 30% fat + 20g tomato red fresh
 Suco de laranja: orange juice
 Suco natural ou artificial com açúcar: mixed fruit juice
 Suco natural ou artificial sem açúcar: orange juice with sweetner
 Sucrilhos: cornflakes
 Sustagem: oat flakes
 Tomate: Tomato red fresh
 Torrada: 20g de white bread for toasting
 Tutu de feijão: 80g lima bean dried cooked + 5ml soya bean oil + 4g flour/meal
 Vagem: Green beans

Anexo 5: Lista de alimentos utilizados para cálculo do consumo energético diário através do programa Nutrisurvey