

RELAÇÃO DA OBESIDADE COM A DEPRESSÃO EM ADULTOS

Danielly Da Silva Cunha¹
Devanir Silva Vieira Prado²
Lucelia Rita Gaudino Caputo²
Elen Maria Rabelo³

RESUMO

O presente trabalho aborda duas patologias inversamente proporcionais no seu desenvolvimento, com um aumento significativo e muito preocupante nos últimos tempos. A obesidade é uma doença crônica ocasionada pelo acúmulo excessivo de gordura, que ocasiona o excesso de peso. Suas causas podem ser diversas, genética, hormonal e sendo uma das principais o estilo de vida, as pessoas tem praticado cada vez menos atividade física e optado por alimentos extremamente calóricos e sem valor nutritivo. A obesidade está associada também ao desenvolvimento de outras patologias como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares. A depressão é um transtorno mental caracterizado por episódios de tristeza que pode ser ocasionados pelas dificuldades do dia a dia, acontecimentos marcantes como a morte de alguém, dificuldades do tratamento de alguma patologia, sentimentos de solidão, desigualdade social. A pessoa se sente desmotivada, incapaz, com sentimentos de inferioridade. Obesidade e depressão tem uma etiologia complexa e multifatorial e podem ser associadas quando desenvolvidas. Tanto a obesidade pode favorecer a depressão, como a depressão pode desenvolver a obesidade. Com o objetivo de descrever a relação da obesidade com o desenvolvimento da depressão em indivíduos adultos, foi realizado uma pesquisa do tipo descritiva e explicativa, através de artigos que abordam as causas, consequências e tratamentos, artigos científicos, trabalhos de conclusão de curso, tendo como bases de dados, o Google Acadêmico, *Scielo*, *Lilacs* e Bibliotecas Virtuais em Saúde. A partir deste trabalho, foi possível observar que pessoas obesas

¹ Acadêmica do curso de Nutrição – UniAtenas

² Docente – Faculdade Atenas Passos

³ Docente – UniAtenas

estão propícias a desenvolverem a depressão e que pessoas depressivas também podem desenvolver a obesidade.

Palavras-chave: Obesidade. Depressão. Tratamento Nutricional.

ABSTRACT

The present work addresses two inversely proportional pathologies in its development, with a significant and very worrying increase in recent times. Obesity is a chronic disease caused by excessive fat accumulation, which causes overweight. Its causes can be diverse, genetic, hormonal and being one of the main lifestyle, people have been practicing less and less physical activity and opted for extremely caloric foods and without nutritional value. Obesity is also associated with the development of other conditions like hypertension, diabetes, cardiovascular disease. Depression is a mental disorder characterized by episodes of sadness that can be caused by the difficulties of everyday life, remarkable events such as someone's death, difficulties in treating some pathology, feelings of loneliness, social inequality. The person feels unmotivated, incapable, feelings of inferiority. Obesity and depression have a complex and multifactorial etiology and may be associated when developed. Obesity may favor depression, and depression may develop obesity. In order to describe the relationship between obesity and the development of depression in adult individuals, a descriptive and explanatory study was conducted, through articles that address the causes, consequences and treatments, scientific articles, monographs, and as databases, Google Scholar, Scielo, Lilacs, and Virtual Health Libraries. From this study, we can see that obesity people are prone to develop depression and that depressed people can also develop obesity.

Keywords: Obesity. Depression. Nutritional Treatment

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica, definida por um grande acúmulo de gordura corporal, ocasionada pelo desequilíbrio energético. As alterações no estilo de vida, hábitos alimentares, fatores sociológicos e alterações metabólicas são fatores desencadentes da obesidade (LOPES, et al., 2004).

Segundo Ades et al (2002), a mídia pode ser um fator que contribui para o agravo da obesidade e o desenvolvimento dos transtornos mentais, pois idealizam corpos magros e esbeltos e muitas vezes as pessoas que não se encaixam nesses padrões podem sofrer por preconceitos.

Segundo a OMS (2018) a depressão é caracterizada como um transtorno mental, associadas a grandes episódios de tristeza e desânimo, diante das dificuldades do dia a dia e também problemas de autoestima.

Vem sendo feito associações entre as duas patologias, segundo Fortes e Melca (2014), os transtornos mentais como depressão e ansiedade vão propiciar o desenvolvimento da obesidade, como a obesidade também pode favorecer os episódios desses transtornos. A associação da depressão com outras doenças clínicas pode causar uma evolução da doença (DEMETRIO et al., 2005).

Quando diagnosticadas as duas patologias para um tratamento preciso e para obter uma melhora do quadro clínico e proporcionar uma melhor qualidade de vida ao indivíduo, é necessário um tratamento multidisciplinar, envolver todos os profissionais qualificados a tratar as patologias mencionadas. É preciso uma parceria entre o nutricionista, psicólogo e o educador físico (MELCA E FORTES, 2014).

Desde o nascimento, a alimentação é o melhor vínculo afetivo, entre a mãe e a criança além de permitir-se conectar as pessoas, de conhecer o mundo a sua volta. Na vida adulta não é diferente, as pessoas se alimentam por prazer e muitas vezes usam a comida para amenizar a ansiedade, como refúgio nos momentos de tristeza (KIRCH, 2017).

Diante disso, o objetivo desse trabalho é descrever a relação da obesidade com o desenvolvimento da depressão em indivíduos adultos.

OBESIDADE

A obesidade é definida como o acúmulo de tecido adiposo, ocasionada pelo desequilíbrio energético, ou seja, quando se consome os alimentos em quantidades maiores que a sua necessidade e tem um gasto energético menor. A obesidade é considerada um grave problema de saúde pública (OMS, 2003).

Um dos parâmetros para avaliar diagnóstico do estado nutricional de adultos é feito a partir do Índice de Massa Corporal (IMC), realizado através da divisão do peso, medido em quilogramas, pela altura ao quadrado, medida em metros (kg/m^2). O excesso de peso é diagnosticado quando o IMC alcança valor igual ou superior a $25 \text{ kg}/\text{m}^2$, IMC igual ou superior a $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ é considerado obesidade (WHO 2000).

O número de pessoas com estado nutricional entre sobrepeso e obesidade é preocupante tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento. A desnutrição deixou de ser predominante devido a transição nutricional, e prevalece um cenário com grande número de obesos, e essa patologia tem atingido todas as idades (PINHEIRO, FREITAS E CORSO, 2004).

A Organização Mundial de Saúde estima que em 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos esteja em sobrepeso e 700 milhões obesos, sendo que 50% da população encontram acima do peso.

A obesidade se enquadra no grupo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), pode trazer vários danos a saúde, inclusive o desenvolvimento de outras doenças como, doenças cardiovasculares, dislipidemias, hipertensão, diabetes mellitus tipo 2, entre outras enfermidades. Está associada a fatores genéticos e ambientais, mas existe uma visão ampla sobre a sua etiologia (PINHEIRO, et al., 2004).

A etiologia da obesidade é bastante complexa, denominada multifatorial. Os fatores envolvidos são os históricos, ecológicos, políticos, socioeconômicos, psicossociais, biológicos e culturais. Observa-se que os mais estudados são os biológicos que estão relacionados ao estilo de vida, onde existe um maior aporte energético e a redução da prática de exercícios físicos que resulta em um quadro de sedentarismo e também o fator genético que aborda os aspectos endócrinos e metabólicos (WANDERLEY E FERREIRA, 2010; ROMERO E ZANESCO, 2006).

Motta (2004) e colaboradores, aborda alguns fatores que influenciam na determinação da obesidade destacando o papel feminino na sociedade e a inserção da mulher no mercado de trabalho modificando os padrões alimentares, também associado ao aumento da obesidade é a quantidade da população no meio urbano, que diminui os esforços físicos e conseqüentemente as praticas de atividades

físicas, portanto diminui o gasto energético no trabalho e na rotina e também o aumento da industrialização de alimentos.

Há desordens endócrinas que também podem levar à obesidade, como o hipotireoidismo e problemas no hipotálamo, mas segundo Tavares et al., (2010) essas causas representam menos de 1% das causas da obesidade. Outro problema decorrente a essa disfunção hormonal da mesma origem associadas as alterações no metabolismo de corticoesteróides, hipogonadismo em homens e ovariectomia em mulheres, é a síndrome do ovário policístico, a qual pode estar relacionada a mudanças na função ovariana ou à hipersensibilidade no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (BARON, 1995; JEBB, 1997).

O tecido adiposo é considerado o principal reservatório de energia do organismo, sabe-se que ele é regulado por nervos, nutrientes, hormônios, mecanismos parácrinos e autócrinos. Considerado um importante órgão com funções reguladoras no balanço energético (BRAGA, 2014)

Segundo Cyrino e Júnior (1994), a obesidade pode ser classificada como obesidade hiperplásica e hipertrófica, causada devido a ingestão calórica excessiva e por distúrbios hormonais e metabólicos. A Hiperplasia é caracterizada pela quantidade de células adiposas enquanto a hipertrofia se caracteriza pelo aumento das células adiposas.

A leptina atua em células neuronais do hipotálamo no sistema nervoso central, atuando no controle da ingestão alimentar. Ela é uma proteína formada por 67 aminoácidos, com uma estrutura parecidas as citocinas do tipo interleucina2 e é produzida principalmente no sistema nervoso. Sua liberação ocorre principalmente a noite e nas primeiras horas da manhã. Sintetizada na glândula mamária, nos mamíferos possibilita o aumento do gasto energético e a redução do consumo alimentar e também possui função reguladora neuroendócrina e no metabolismo da glicose e de gorduras (ROMERO e ZANESCO, 2006).

A partir da formação de neuropeptídeos relacionados ao apetite, a leptina reduz o apetite como o neuropeptídeos Y, e também por viabilizar o aumento da expressão dos neuropeptídeos anorexígenos (FERREIRA e WANDERLEY, 2010).

Segundo Andréia (2011) a quantidade de leptina produzida e a sua liberação na corrente sanguínea está relacionada a quantidade de tecido adiposo, conseqüentemente o percentual de gordura influencia a sua liberação. Quando o

corpo humano é exposto a situações de estresse como atividades físicas intensas e jejum prolongado a leptina tem uma diminuição na sua produção. A produção elevada de leptina reduz a ingestão alimentar por outro lado baixos níveis induzem o aumento da fome.

Um peptídeo importante que está também relacionando com a fome é a grelina, composta por 28 aminoácidos produzida principalmente pelas células endócrinas do estômago, duodeno e em uma série de estruturas cerebrais, responsável por provocar a sensação de fome, esse hormônio tem sua produção aumentada nos períodos de jejum (CRISPIM et al., 2005).

Diante a evolução da sociedade moderna tornou-se hábito a diminuição das horas de sono e existe uma correlação entre o curto prazo de sono e o aumento do (IMC) índice de massa corporal (CRISPIM et al., 2005).

Estudos com ratos sugerem que a grelina aumenta a ingestão alimentar e também a adiposidade e diminui a oxidação de gorduras (UKKAOLA & POYKOO, 2002). Sendo assim esse hormônio pode estar relacionado ao estímulo para iniciar uma refeição (ROMERO E ZANESCO, 2006).

A alimentação representa prazer, está sempre presente nos momentos familiares e sociais, cabe a cada sujeito a escolha da forma que vai se alimentar. Essa escolha pode ser influenciada por diversos fatores, econômicos, culturais, sociais, psicológicos, religiosos, o que define a complexidade da alimentação (BARRETO, CYRILLO, 2001; REICHEMBACH, 2004).

Houve uma grande mudança na forma como a população tem se alimentado e também na qualidade dos produtos disponíveis no mercado, o que gera um consumo irregular de alimentos com alto valor calórico, aliado o sedentarismo, ocasionando uma geração acima do peso (MARATOYA, 2013).

Segundo Popkin (2001), as pessoas têm buscado preparações rápidas sem se preocupar com o potencial energético, tem deixado a prática de atividade física em segundo plano, fatores ocasionados pela agitação do cotidiano que gera uma falta de tempo. Essas questões explica o elevado número de pessoas obesas.

As atividades realizadas nos locais de trabalho oferecem um certo comodismo, pois são atividades sem muita movimentação, as pessoas tem fácil acesso a elevadores, atividades que podem ser realizadas sentadas, aliados ao fácil acesso a tecnologia que tem sido um dos fatores predominante no desenvolvimento

do sedentarismo, além de ser o meio que mais estimula o consumo de alimentos com baixo teor de nutrientes (COUTINHO E DUALIB, 2007).

O acúmulo de gordura ocasionando a obesidade, traz inúmeros riscos para a saúde por razões biológicas, comportamentais ou psicológicas. Muitas pessoas encontram grande dificuldade para emagrecer e entre essas dificuldades pode gerar uma preocupação excessiva com a alimentação, peso e entre essas preocupações a autocondenação e a depressão (BROWNELL E O'NEIL, 1999).

Ehrenberg (2004), faz uma associação da obesidade com fatores psicológicos, como a depressão. A depressão é caracterizada como um transtorno mental, que interfere no desempenho do indivíduo ao realizar suas atividades diárias e vem recebendo uma atenção por especialistas há décadas.

Segundo (WHO, 2011) a depressão, também considerada um problema de saúde pública, atinge aproximadamente 10 milhões de pessoas no Brasil (BRASIL, 2012) e segundo a Associação Brasileira para Estudo da obesidade e da Síndrome Metabólica tem prevalência em obesos de 25% (ABESO, 2011) a 30% (SIMON et al., 2008). Por ser distúrbio crônico e recorrente, é responsável por incapacitação laboral e ônus social Fleck (2009) e, quando associada à obesidade, é de difícil diagnóstico e tratamento (ONYIKE et al., 2003).

Dymek et al; (2001), diz que o ganho e a perda de peso podem causar alterações de humor. Segundo Oliveira e Silva, (2014) as emoções interferem no ganho e na perda de peso, a falta de motivação e os sentimentos desenvolvidos pelo transtorno mental, pode aumentar o ganho de peso, da mesma maneira em que a perda de peso pode provar um estado de alegria, felicidade.

DEPRESSÃO E RELAÇÃO COM A OBESIDADE

A depressão é caracterizada como um transtorno mental, que interfere no desempenho do indivíduo ao realizar suas atividades diárias e vem recebendo uma atenção por especialistas há décadas (EHRENBURG, 2004).

Devido ao aumento acelerado da depressão ela passou a ser considerada uma doença com um dos maiores problemas de saúde pública do século XXI (BOING et al., 2012).

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde, 2017), de acordo com um novo relatório global, entre 2005 e 2015 os casos de depressão aumentaram em 18%, são 322 milhões de pessoas afetadas e 5,8% de brasileiros.

Uma das causas da depressão está associada aos hormônios que alteram as emoções, são eles: serotonina, noradrenalina, e dopamina. Quando esses hormônios sofrem alterações, podem ser despertados sentimentos de angústia, mal-estar e pensamentos negativos (ROSA E SILVA, 2010),

Segundo Andrade, et al (2003) devido as alterações nos neurotransmissores, responsáveis pela produção dos hormônios, ocorre uma diminuição na sua produção, porém a bomba de recaptação e a enzima continuam o seu processo normalmente, então um neurônio receptor captura menos neurotransmissores e o sistema nervoso funciona com menos neurotransmissores do que seria preciso. E então com essa diminuição na produção dos hormônios serotonina, noradrenalina e dopamina, surgem os sentimentos de inferioridade, tristeza, desânimo.

Uma rotina de trabalho exaustiva, questões de desigualdades sociais, algum impacto emocional, podem ser um agravante para o desenvolvimento da depressão (PACHECO FILHO, 2005).

Alguns estudos relatam um grande número de mortalidade em pacientes que apresentam doenças clínicas crônicas, que foram diagnosticados com depressão (COOPER et al., 2002). Pacientes esses que estão propícios a não seguir as recomendações médicas durante o tratamento (DIAMATTEO et al; 2000).

A depressão pode ser um fator de risco para o individuo desenvolver doenças crônicas, porque provoca alterações hormonais e fisiológicas no organismo. Da mesma maneira que paciente portadores de doenças crônicas podem favorecer o desenvolvimento da depressão devido as alterações biológicas que o organismo é submetido e também uma certa limitação nas atividades diárias (BOING et al., 2012).

Almeida e colaboradores (2010), mostra os problemas psicológicos que se associam a obesidade, relacionados a imagem corporal que envolve fatores que se relacionam como o emocionais, de atitude e também perceptivas. Um ambiente com muitas ideias do corpo perfeito, gera problemas de realização para o individuo.

Uma das consequências da obesidade são problemas emocionais, ainda que alguns problemas psicológicos de autoconhecimento e conflitos possam atuar no desenvolvimento da obesidade, e a depressão em pacientes obesos é considerado um risco grave. Pacientes obesos com alterações emocionais podem ter um aumento dos sintomas emocionais quando fazem dieta (FLARHERT, 1995).

A pessoa que desenvolve obesidade está exposta a um sofrimento psicológico resultante do preconceito social com a obesidade e também com as características do seu comportamento alimentar (COUTINHO, 1999).

De acordo com Luiz e colaboradores (2005), os indivíduos obesos apresentam alguns transtornos psicológicos como dificuldade de se adaptar socialmente e ansiedade. Damiani et al., (2000) relacionam esses transtornos com o aumento de peso.

Pacientes diagnosticados obesos, também podem apresentar problemas psicológicos de auto conceito como consequência da patologia (FERNANDES et., 2017).

Um trabalho publicado pela Universidade Federal de Alfenas, (2018) (UNIFAL), diz que a qualidade da dieta está relacionada com transtornos clínicos e de humor. Mostra também que alguns nutrientes podem contribuir para o quadro de depressão e outras patologias associadas ao humor.

Existem uns benefícios para a saúde mental, dentre uns deles é a prática de atividade física regular, há uma melhora de humor e diminuição da ansiedade e do estresse (TOSETTO E JÚNIOR, 2008).

O aumento de peso resulta em uma modificação da imagem corporal, o que pode acarretar uma desvalorização do autoconceito e da autoimagem o que consequentemente diminui a sua autoestima, sendo assim podem surgir sintomas depressivos e a diminuição da sensação de bem-estar e um sentimento de inadequação social (MARTINS, 2012).

Hirschmann e Munter (1988) relatam que as pessoas que possuem compulsão alimentar, não tem consciência da sua fome fisiológica, muitas vezes buscam na comida um conforto, ou mesmo para se acalmar diante os sentimentos de estresse, tristeza, medo ou solidão. Essa compulsão destrói os padrões alimentares, provocando um aumento indesejável no peso, que pode levar a obesidade.

O ato de comer compulsivamente está ligado a transtornos psiquiátricos, porém existem uma maior incidência em pacientes obesos (BERNARDI et al., 2005). Segundo Capitão e Tello, (2004), os mais comuns são depressão e ansiedade, e acabam justificando como uma maneira de diminuir a ansiedade, o que provoca um ganho de peso equivalente aos episódios de ansiedade.

Desde o principio o bonito já é padronizado de acordo com a estética física, a convicção sobre a beleza sofre modificações com o passar dos anos, mas a sociedade já tem imposto os padrões corporais do que é ser bonito. (OLIVEIRA; HUTZ, 2010). De acordo com Rentz e colaboradores (2007), os indivíduos insatisfeitos com auto avaliação negativa, estão pré-dispostos a desencadear baixa auto estima e depressão.

A mídia aborda diversas vezes que o bonito é ser magro (GOMES; ARRAZOLA, 2016). Segundo Cury, (2005) a sociedade tem transformado as pessoas obsessivas e doentes. E a busca por esse padrão de beleza constitui uma doença social, provocando problemas de autoestima.

TRATAMENTO MULTIPROFISSIONAL COM ÊNFASE NO TRATAMENTO NUTRICIONAL

No caso da obesidade, o primeiro tratamento a ser abordado é a perda de peso que conseqüentemente reduz as morbidades associadas, uma perda de 5 a 10% representa uma diminuição significativa da glicemia, pressão arterial, e valores séricos de lipídeos. Independente do tratamento a ser adotado, cirúrgico, dietético ou medicamentoso, o paciente deve compreender a importância da mudança do estilo de vida e de ter bons hábitos alimentares e da prática de atividade física (BORGES et al., 2006).

Um dos tratamentos da obesidade em adultos é a cirurgia bariátrica, no qual a conduta abordada no paciente que se submete a cirurgia é diferente devido a conseqüências do procedimento. Existem algumas maneiras diferentes de realizar a o procedimento, mas todas elas são chamadas de cirurgia bariátrica que consiste na redução do estômago, cada uma com sua especificidade. E pode levar a perda de 75% do excesso de peso. Esse tratamento tem ganhado popularidade, pois

proporciona ao paciente uma melhora na qualidade de vida e uma melhora nas doenças associadas devido a perda de peso (CRUZ et al., 2004).

O tratamento dietético se baseia em montar um plano alimentar a fim de melhorar os hábitos alimentares, ensinar o paciente a melhorar as praticas de escolhas dos alimentos. O plano alimentar deve atender as suas necessidades energéticas, fornecer um aporte adequado de macronutrientes, micronutrientes, vitaminas e minerais. Uma dieta adequada, além de melhorar o funcionamento do organismo oferece melhorias na saúde do individuo (BORGES AT AL, 2006).

Quando se fala da obesidade, o primeiro tratamento a ser abordado é a mudança do comportamento alimentar, porém em alguns casos é abordado tratamento medicamentoso, com remédios mais atuais que ao invés de diminuir a fome, aumenta a sensação de saciedade e diminuem a absorção de gordura (SAPATERA E PANDINI, 2008)

No entanto Francischi e colaboradores (2000), defende que o tratamento medicamentoso deve ser analisado devido aos efeitos colaterais que podem ocorrer, nervosismo, sonolência e distúrbios no trato gastrintestinal.

A atividade física aliada a dieta pode mostrar resultado satisfatórios na redução e manutenção do peso corporal, podendo também minimizar a redução da taxa metabólica devido a perda de peso significativa. As atividades devem ser de acordo com a capacidade do individuo (EPSTEIN et al., 1996 ; STEINBECK, 2001).

A atividade física também oferece benefícios no tratamento da depressão, segundo Costa et al., (2007), é um tratamento complementar pois a sua prática provoca sentimentos benéficos, além dos benefícios fisiológicos ela oferece uma estabilidade psicológica, pois proporciona uma sensação de bem estar, melhora o humor e auto estima, diminui a ansiedade e depressão.

O exercício físico quando praticado, aumenta os níveis do triptofano no cérebro, que aumenta a biossíntese da serotonina que é responsável pela sensação de bem estar e segundo Kiive et al (2004), durante atividade aeróbia pode liberar prolactina, que aumenta os níveis de serotonina, proporcionando ao indivíduo um maior bem estar.

Segundo Wanderley e Ferreira (2010), a obesidade está associada a fatores psicológicos, autocontrole, desenvolvimento emocional e ansiedade. Não significa exatamente que todo obeso tem problemas psicológicos, porém é

necessário desfazer essa ideia que muitas vezes acompanha as pessoas obesas. Diante disso se dá a importância de profissionais da área da psicologia e da psiquiatria na terapêutica da obesidade, pois permite um aspecto mais preciso sobre o desenvolvimento da obesidade e assim definir o tratamento adequado.

A produção de dopamina está relacionada com a modulação emocional, motivação locomotora e desempenho motor (DESLANDES, 2007).

O tratamento da depressão abrange o ser humano como um todo, no âmbito social, biológico, social e psicológico. A terapia envolve todos esses pontos e o enredo do tratamento é a mudança do estilo de vida associada a terapia medicamentosa. Com o foco de ajudar o paciente a compreender questões biológicas e psicológicas e contextualizar o indivíduo em seus meios sociais e culturais (SOUZA, 1999).

A síndrome depressiva acompanha diversas doenças clínicas crônicas, quando diagnosticado é realizado o tratamento medicamentoso e psicológico é importante, pois aumenta a compreensão da importância do tratamento, diminui os sintomas trazidos pela depressão. A mudança de humor afeta diretamente no ânimo e na vontade de viver e conseqüentemente na melhoria do estágio da doença, (CHEI TUNG et al., 2005).

A obesidade associada a depressão exige um tratamento interdisciplinar, é necessário uma parceria entre nutricionista, psicólogo e educador físico para a obtenção de bons resultados. O nutricionista vai trabalhar os hábitos, a reeducação alimentar, ensinar o paciente que esses alimentos de fácil acesso e que os lanches rápidos, não vão favorecer o aporte nutricional que ele necessita. Mostrar ao paciente que o consumo de fast-foods, que são altamente calóricos, podem causar danos a saúde e agravar a doença (MANIMI, 2013).

A presença das vitaminas e dos minerais podem causar alterações no humor. A deficiência de algumas vitaminas do complexo B presentes nas frutas, nos vegetais, nas carnes e aves, colabora para essa modificação emocional, acarretando no mau humor (ALMEIDA et al., 2008).

Almeida (2008), relata a importância de manter bons hábitos, uma alimentação balanceada, com a presença das vitaminas e minerais, pois são responsáveis pela regulação do organismo. A presença das vitaminas e minerais, em excesso ou em falta, podem provocar reações indesejadas no indivíduo,

alterando seu estado emocional. Muitas vezes deixa cabisbaixo e também pode potencializar estresse, ansiedade e a depressão.

O tratamento psicológico é de suma importância, já que, os sentimentos desenvolvidos pela depressão podem interferir na quantidade de alimentos que se consome. É importante também tratar as emoções negativas para que não haja o predomínio de ingestão de alimentos de baixo teor nutritivo e extremamente calórico. É necessário que o paciente esteja motivado a seguir todas as orientações do tratamento. Foi feito uma abordagem sobre a importância da prática de exercícios físicos durante, ele auxilia na perda de peso e no tratamento da depressão diminuindo os sintomas de ansiedade e depressivos. Sendo assim o tratamento interdisciplinar, abrange fatores físicos e psicológicos evitando um agravamento da doença e proporcionando bem estar e uma qualidade de vida ao paciente (MELCA E FORTES, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do trabalho apresentado foi possível observar que a obesidade é um distúrbio relacionado ao ato de comer descompensado, que ocasiona o excesso de peso, expondo a pessoa ao desenvolvimento de outras patologias e a depressão é um transtorno mental que está relacionado os sentimentos de satisfação, bem estar e prazer. Esses sentimentos são alterados devido as alterações dos hormônios do prazer.

Na obesidade os maus hábitos alimentares, o sedentarismo e a influência da genética são as principais causas. Os avanços tecnológicos, a modernidade dos tempos tem tornado os dias mais corridos e como consequência os momentos de lazeres são deixados de lado, as pessoas preferem lanches rápidos e então as refeições saudáveis são feitas com menos frequência e quando o indivíduo já tem a predisposição genética, está mais exposto a desenvolver a obesidade.

O transtorno mental está relacionado com uma diminuição da produção dos hormônios que proporcionam o bem-estar e prazer, e os motivos que levam a essa diminuição podem ser grandes episódios de tristeza ocasionado pelas dificuldades do dia a dia, acontecimentos marcantes como a morte, dificuldade de adaptar socialmente, podendo provocar sentimentos de incapacidade e dificultando

que a pessoa consiga realizar as suas atividades diárias. As pessoas quando diagnosticadas com depressão, estão mais sujeitas a não seguir o tratamento médico, principalmente quando associadas as outras patologias.

O excesso de peso pode provocar falta de aceitação da aparência, o preconceito social, sentimento de incapacidade e de inferioridade e dificuldades no tratamento da obesidade, o ato de descontar na alimentação suas frustrações, podem desenvolver sentimentos que levam ao desenvolvimento de transtornos mentais como ansiedade e depressão.

A depressão e ansiedade podem levar a obesidade, pelo fato de provocar sentimentos de culpa depois de uma alimentação inapropriada, também quando a obesidade causa riscos a saúde, pode gerar sentimentos de desespero e falta de esperança, validando dessa forma, a hipótese do trabalho.

E quando associadas, se dá a importância do tratamento multiprofissional. É muito importante a presença do nutricionista, psicólogo, psiquiatra e educador físico. Para juntos estabelecerem um tratamento adequado de acordo com a realidade do paciente e assim obter uma melhora no quadro patológico e também proporcionar a pessoas uma melhor qualidade de vida através de um melhor estilo de vida.

Diante do exposto, a hipótese do trabalho foi validada, pois foi possível concluir que há uma associação de que a alimentação inadequada pode relacionar – se aos os sentimentos que ocasionam a depressão.

É necessário a realização de mais pesquisas, visto que para a realização deste trabalho houve limitações em relação à estudos novos e atualizados acerca do tema.

REFERÊNCIAS

ADES, L; KERBAUY, R. R. **Obesidade: realidades e indagações**. *Psicologia USP*. v.13. n.1. p. 197-216, 2002.

ANDRADE, A; BOSI, M.L.M. **Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino**. *Rev. Nutr.*, v. 16, n.1, p.117-125, 2003.

ANDRADE, R. V; BRITO, L. P; DANTAS, H. F; SILVA, A. F. et al. **A atuação dos neurotransmissores na depressão**. Gama-DF: *Revista Ciências Farmacêuticas*. v. 2 n. 3, 2013

ANDREIA, P; PASSOS, M. S; LIMA, L. R. V; RANGEL, S. **A importância da homeostase entre os limites de leptina e da grelina no controle da obesidade.** Revista eletrônica-ACTA Brasileira de Pesquisa em Saúde. v. 6. n. 1. p. 12, 2011.

BAPTISTA, A. S.D; BAPTISTA, M. N; VARGAS, J. F; VARGAS, J. F. **Depressão e qualidade de vida em uma amostra brasileira de obesos mórbidos.** Avaliação psicológica. v.7 n. 2 p. 235-247, 2008.

BARRETO, S. A. J; CYRILLO, D. C. **Análise da composição dos gastos com alimentação no Município de São Paulo (Brasil) na década de 1990.** *Revista de Saúde Pública.* v.35. p.52-59, 2001

BOING, F. A; MELO, R. G; BOING, C. A; PIRES, M. O. R; PERES, G. K. **Associação entre depressão e doenças crônicas: estudo populacional.** *Rev Saúde Pública.* v. 46 n. 4 p. 617-23, 2012.

BROWNELL, K. D., & O'neil, P. M. **Obesidade.** Em: **Barlow, H. D. Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos 2ª ed.** p. 355- 403. 1999.

BRUM, A. **Uma experiência de Universidade comunitária: sua história, suas ideias.** Unijui: Biblioteca digital, 2012.

Capitão, C. G; Tello, R. R. **Traço e estado de ansiedade em mulheres obesas.** *Revista Psicologia Hospitalar.* v.2. n.2, 2004.

COOPER, J; HARRIS, Y; MCGREADY, J. **Sadness Predicts Death in Older People.** *Aging Health.* v.14. p.509-26, 2002.

CORSO, A. C. T; FREITAS, S. F. T; PINHEIRO, A. R. O; **Uma abordagem epidemiológica da obesidade.** Campinas: *Revista de Nutrição.* v. 17, n. 4, p. 523-333, 2004.

COSTA, R. A; SOARES, H. L. R; TEIXEIRA, J.A. C. **Benefícios da atividade física e do exercício físico na depressão.** *Revista do Departamento de Psicologia. UFF.* v.19.n.1.p. 273-274, 2007.

COUTINHO, W; DUALIB, P. **Etiologia da obesidade.** *Revista da ABESO.* v. 7.n.30.p. 1-14. 2007

CRISPIM, A. C; DÁTILLO, M; PADILHA, G. H; TUFIK, S; MELLO, T. S. **Relação entre o sono e obesidade: uma revisão da literatura.** *Arq Bras Endocrinol Metab.* v. 51. n. 7, 2007.

CURY, A. **A ditadura da beleza e a revolução das mulheres.** *Rio de Janeiro,* 2005.

CYRINO, S. E; JÚNIOR, N. N. **Subsídios para a prevenção e controle da obesidade.** *Revista brasileira de atividade física e saúde.* v.1. n. 3. p. 15-25, 2005.

DAMIANI, D.; CARVALHO, D.P.; OLIVEIRA R.G. **Obesidade na infância: um grande desafio.** *Pediatria Moderna*, v.36, n.8, p.489-523, 2000.

DEMETRIOS, F. N; HUMES, E. C; TENGI, C. T. **Depressão e comorbidades clínicas.** *Rev. Psiqu. Clin.* v. 32, n. 3, p. 149-159, 2005.

DYMEK, M.P; LE GRANGE, D.; NEVEN, K. ALVERDY, J. - **Quality of Life and Psychosocial Adjustment in Patients after Roux-en-Y Gastric Bypass: a Brief Report.** *Obes surg.* v. 11. p.32-9, 2001.

FILHO, P. ALBINO, R. **O capitalismo neoliberal e seu sujeito. Mental.** *Revista de saúde mental e subjetividade da UNIPAC.* v. 2, n. 4. 2005.

FORTES, S; MELCA, I. A. **Obesidade e transtornos mentais: construindo um cuidado efetivo.** *Rio de Janeiro: Revista HUPE.* v. 13, n. 1, 2014.

FRANCISCHI, R. P. P; PEREIRA, O. L; FREITAS, S. C; KLOPPER, M; SANTOS, C. R; VIEIRA, P; HERBERT, A; JÚNIOR, L. **Obesidade, atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento.** *Revista de nutrição.* v.13. n.1 p17-28, 2000.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, C. F. A; ARRAZOLA, L. S. D. **Corpo, Mídia e Sociedade de Consumo: uma aproximação inicial ao debate.** *Congresso internacional em comunicação e consumo.* V.5. 2016.

GUS, I; MARCONI, E. R. **A influencia dos fatores ambientais no tratamento prevenção da obesidade.** São Paulo: *Revista Brasileira de Obesidade e Nutrição e Emagrecimento.* v. 4, n. 20, p. 1, 2010.

HIRSCHMAN, J. R.; MUNTER, C. H. **Overcoming Overeating Living Free in a World of Food.** *Massachusetts: Addison Wesley Publishing Company*, 1988.

JEBB, S.A. **Aetiology of obesity.** *British Medical Bulletin*, London, v.53, n.2, p.264-285, 1997.

KIIVE, E. MAAROOS, J. SHLIK, J. TORU, I. HARRO, J. **Growth hormone, cortisol and prolactin responses to physical exercise: higher prolactin response in depressed patients.** *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* v.28. n.6. p.1007-13, 2004.

KIRCH, J. R. **Obesidade, causas e o tratamento à luz da psicanálise.** 2018.

LOPES, M. I; MARTI, A. ALIAGA, M. J; MARTINEZ, A. **Aspectos genéticos da obesidade.** *Campinas: Revista de Nutrição.* v. 17, n. 3, p. 327-338, 2014.

LUIZ, G. A. M. A; GORAYEB, R; JÚNIOR, L. R. D. R; DOMINGOS, M. A. N. **Depressão, ansiedade e competência social em crianças obesas.** *Estudos de Psicologia.* v. 10. n. 1. p. 35-39, 2005.

MARTINS, S. F, C. O; JR, S. E. **A comorbidade entre transtornos alimentares e de personalidade e suas implicações clínicas.** Campinas: Revista de Nutrição. v. 43, n. 4, p. 161-163, 2004.

MARTINS, S. **O peso da mente feminina: associação entre obesidade e depressão.** Rev Port Med Geral Fam. v. 28. p. 163-6, 2012.

MORAES, H, et al. **O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática.** *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* v. 29. n.1. p.70-9. 2007.

MORAES, H; DESLANDES, A; FERREIRA, C; FERNANDO A. M. S. Pompeu; Ribeiro, P; Laks, J. **O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática.** Rev Psiquiat. v. 29. n.1. p.70-79, 2007.

MORATOYA, E. E; **Mudanças no padrão de consumo alimentar no Brasil e no mundo.** *Revista de Política agrícola.* v. 22. n.1. p.72-84, 2013.

MOTA, J. **Desporto como projecto de saúde. Gaya, Desporto pra crianças e jovens. Razões e finalidades.** p.171-186, 2004.

NEGRÃO, C.E; Barreto, A.C.P.B. **Cardiologia do Exercício: Do Atleta ao Cardiopata.** Editora Manole. 2005.

OLIVEIRA, L.L.; HUTZ, C.S. **Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo.** Psicologia em estudo. v.15, n.3, p. 575-582, 2010.

OLIVEIRA, V.M; LINARDI, R.C; DE AZEVEDO, A.P. **Cirurgia bariátrica – aspectos psicológicos e psiquiátricos.** Rev. Psiq. Clin. v.31. n. 4. p. 199-201, 2004.

OLIVEIRA. A. P. V; DA SILVA, M. M; **Fatores que dificultam a perda de peso em mulheres obesas de graus I e II.** Brasília: Revista de Psicologia. v. 6 n. 1. 2014.

PEREIRA, M. B. M; AZEVEDO, J. M. **Depressão e angustia: modos de expressão na contemporaneidade.** Minas: Revista da Graduação em Psicologia. v. 2, n. 3, p. 198-216, 2017.

PEREIRA, M. B. M; DE AZEVEDO, J. M. **Depressão e angústia: modos de expressão na contemporaneidade.** *Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas.* v.2. n.3. p. 198-216. 2017.

PINHEIRO, A. R. O; FREITAS, S. F. T CORSO, A. C. T. **Uma abordagem epidemiológica da obesidade.** *Rev. Nutr.* v.17. n.4. p.523-533, 2004.

POPKIN, B. M., 2001. **The nutrition transition and obesity in the developing world.** Journal of Nutrition. v. 131. p. 871-873, 2001.

QUAIOTI, T. C. B. QUAIOTI; ALMEIDA, S. D. S. **Determinantes psicobiológicos do comportamento alimentar: uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade.** v. 17, n. 4 p. 193-211, 2006.

REICHEMBACH, M.T. **A refeição em família: um lugar de encontro entre a história da alimentação e da enfermagem.** Cogitare Enfermag, 2004. v. 9, n. 2, p. 53-65.

RENTZ, F; ALINE R. **Autoestima, imagem corporal e depressão de adolescentes em diferentes estados nutricionais.** *Revista de salud pública.* v.19. p.66-72, 2017.

ROMERO, M. E. C; ZANESCO, A. **O papel dos hormônios leptina e grelina na gênese da obesidade.** Rev. Nutr. Campinas. v. 19 n.1 p. 85-91, 2006.

SAPATÉRA, M. L. R.; PANDINI, E. V. **Obesidade na adolescência.** Revista Digital. Araçatuba. v. 10, n. 85. 2006.

SARUBBI, B. E. **Uma abordagem de tratamento psicológico para a compulsão alimentar.** Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco, 2003.

SOARES, B. S. A. **Qualidade de vida, depressão e ansiedade em indivíduos que procuram tratamento para a obesidade.**

SOUZA, F. G. M. **Tratamento da depressão.** *Brazilian Journal of Psychiatry.* v.21. p. 18-23, 1999.

SOUZA, N. P. P; OLIVEIRA, M. R. M; **O ambiente como elemento determinante da obesidade.** Revista Simbio-logias, v.1. n.1. p 285-292.

SOUZA, P. P. N; OLIVEIRA, M. R. M. **O ambiente como elemento determinante da obesidade.** Rev. Simbio-logias. v.1, n.1, mai/2008.

TAVARES, B. T; NUNES, M. S; SANTOS, O. M. **Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura.** Rev Med Minas Gerais. v. 20. n. 3. p. 359-366, 2010.

TENG, T. C; HUMES, C. E; DEMTRIO, N. F. **Depressão e comorbidades clínicas.** Rev. Psiq. Clín. v. 32. n. 3. p. 149-159, 2005.

TOSETTO, A.P; JÚNIOR, C. A. S. **Obesidade e sintomas de depressão, ansiedade e desesperança em mulheres sedentárias e não sedentárias.** Medicina Ribeirão Preto. v. 41. n. 4. p 497-507, 2008.

UKKOLA O. POYKOO S; **Ghrelin, growth and obesity.** Ann Med. v.34. n.2. p.102-8, 2002.

VASQUES, F; MARTINS, F. S; AZEVEDO, A, P; **Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade.** Rev. Psiq. Clin. v.31. n.4. p195-198, 2004.

WANDERLEY, N. E; FERREIRA, A. V. **Obesidade: uma perspectiva plural.** Ciência e saúde coletiva, v.15. n.1. p.185-194, 2010.