



ARTIGO ORIGINAL

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES COM DIFERENTES GRAUS DE OBESIDADE**PREVALENCE OF ANXIETY AND DEPRESSION SYMPTOMS IN PATIENTS WITH DIFFERENT DEGREES OF OBESITY**

Milena Delai¹
Alexandre Hohl²
Emerson Leonildo Marques³
Mariangela Pimentel Pincelli⁴
Marcelo Fernando Ronsoni⁵
Simone van de Sande-Lee⁶

RESUMO

Introdução: A obesidade apresenta elevada prevalência e está associada ao aumento da morbidade e mortalidade. Vários estudos já identificaram impacto negativo da adiposidade em sintomas psicológicos, porém ainda se investiga a relação de causalidade entre estas afecções. **Objetivo:** Determinar a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com diferentes graus de obesidade. **Métodos:** Estudo observacional transversal realizado entre 2016 e 2019 por meio da aplicação do questionário Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) em pacientes com obesidade. **Resultados:** Foram incluídos 47 pacientes no estudo. 14 pacientes com obesidade grau 1 (G1), 14 pacientes com obesidade grau 2 (G2) e 19 pacientes com obesidade grau 3 (G3). Do total, 37 eram mulheres (78,7%), com média de idade 43 ± 10 anos, $110,6 \pm 27,7$ kg e índice de massa corporal de $41,8 \pm 9,3$ kg/m². Entre os participantes, 17 (36,2%) tinham sintomas de ansiedade, sendo 6 (42,9%) do G1, 6 (42,9%) do G2 e 5 (26,3%) do G3, ($p=0,511$). 16 pacientes (34%) tiveram sintomas depressivos, correspondendo a 5 (35,7%) pacientes no G1, 4 (28,6%) no G2 e 7 (36,8%) no G3, ($p=0,874$). Uma moderada correlação entre HADS-A e HADS-D foi constatada ($r=0,654$) ($p<0,001$). **Conclusão:** Foram identificadas elevadas taxas de sintomas ansiosos e depressivos entre os pacientes avaliados, dados estes, superiores aos dados da população geral descrito na literatura. Entretanto, não foram identificadas diferenças entre os diferentes graus de obesidade quanto a prevalência de sintomas ansiosos ou depressivos.

Descritores: Obesidade. Ansiedade. Depressão. Índice de massa corporal.

ABSTRACT

Introduction: Obesity has high prevalence and is associated with increased morbidity and mortality. Several studies have already identified negative impact of adiposity on psychological symptoms, but the causal relationship between these conditions is still investigated. **Objective:** To determine the prevalence of anxious and depressive symptoms in patients with different degrees of obesity. **Methods:**

¹Discente do curso de Medicina – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis/SC. E-mail: delaimilena@gmail.com.

²Docente do curso de Medicina – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis/SC. E-mail: alexandrehoehl@endocrino.org.br.

³Docente do curso de Medicina – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis/SC. E-mail: emersonmarques@yahoo.com.

⁴Docente do curso de Medicina – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis/SC. E-mail: maripipin@gmail.com.

⁵Docente do curso de Medicina – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis/SC. E-mail: ronsoni.marcelo@gmail.com.

⁶Docente do curso de Medicina – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis/SC. E-mail: simonevslee@yahoo.com.br.



Cross-sectional observational study conducted between 2016 and 2019 by applying the questionnaire Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in obese patients. Results: 47 patients were included in the study. 14 patients with grade 1 obesity (G1), 14 patients with grade 2 obesity (G2) and 19 patients with grade 3 obesity (G3). Of the total, 37 were women (78.7%), with a mean age of 43 ± 10 years, 110.6 ± 27.7 kg and body mass index of 41.8 ± 9.3 kg / m². Among the participants, 17 (36.2%) had anxiety symptoms, being 6 (42.9%) from G1, 6 (42.9%) from G2 and 5 (26.3%) from G3, ($p = 0.511$). 16 patients (34%) had depressive symptoms, corresponding to 5 (35.7%) patients in G1, 4 (28.6%) in G2 and 7 (36.8%) in G3, ($p = 0.874$). A moderate correlation between HADS-A and HADS-D was found ($r = 0.654$) ($p < 0.001$). Conclusion: High rates of anxious and depressive symptoms were identified among the patients evaluated, which is higher than the general population data described in the literature. However, no differences were identified between the different degrees of obesity regarding the prevalence of anxious or depressive symptoms.

Keywords: Obesity. Anxiety. Depression. Body mass index.

INTRODUÇÃO

Obesidade é definida pelo acúmulo anormal ou excessivo de gordura, considerada um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. É uma doença crônica, complexa e multifatorial podendo ser resumida ao desequilíbrio energético entre calorias consumidas e calorias gastas(1,2). Em 2016, mais de 1,9 bilhão (cerca de 39%) dos adultos no mundo estavam acima do peso. Destes, mais de 650 milhões de adultos apresentavam obesidade, correspondendo a cerca de 13% da população adulta do mundo(1).

Para 2025, estima-se que, aproximadamente, 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso; e mais de 700 milhões, com obesidade. Além disso, o número de crianças com sobrepeso e obesidade no mundo também segue crescendo(3), demonstrando uma transição da desnutrição para a obesidade na maioria dos países(4). No Brasil, a obesidade acompanha este aumento do cenário mundial. Alguns levantamentos apontam que mais de 50% da população brasileira está acima do peso(2).

A alta prevalência de obesidade está relacionada ao aumento de comorbidades como doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), alguns tipos de câncer, doenças osteodegenerativas, entre outras. A combinação dessas comorbidades impacta significativamente em complicações à saúde e diminuição de qualidade de vida, incluindo condições psicológicas como ansiedade e depressão – considerados transtornos mentais comuns(5-7).

Diante do exposto, vários estudos já identificaram impacto negativo da adiposidade em sintomas psicológicos como ansiedade, depressão e qualidade de vida(6,8,9). Porém, ainda se investiga a relação de causalidade entre estas afecções. Uma meta-análise de 15 estudos encontrou associações bidirecionais entre depressão e obesidade: pessoas com obesidade tiveram um risco aumentado de 55% de desenvolver depressão ao longo do tempo, enquanto pessoas com depressão tiveram um risco aumentado de 58% de terem obesidade(9).



Embora a relação entre obesidade e sintomas ansiosos e depressivos seja complexa, é sabido que a inflamação e o estresse desempenham um papel tanto na obesidade e síndrome metabólica quanto na depressão, sendo potenciais mediadores entre essas doenças. Concomitantemente, estar acima do peso e a percepção de excesso de peso aumentam o sofrimento psicológico(9,10).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a proporção da população global com depressão em 2015 foi estimada em 4,4%. Já a estimativa para transtornos de ansiedade neste mesmo ano foi de 3,6% na população mundial, com prevalência de transtornos de ansiedade em 7,7% da mulheres na região das Américas(5). Tais transtornos mentais comuns, levam à perdas de saúde e funcionamento consideráveis(5,11) e estudos já constataram que os transtornos mentais supracitados são mais prevalentes em indivíduos com sobrepeso e obesidade, especialmente em mulheres(12,13).

A escala HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale* ou Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão) é usada na prática clínica para identificar sintomas e experiências com ansiedade e depressão porém, não pode ser considerada como um diagnóstico confirmatório dessas desordens psicológicas(14,15).

Dessa forma, o objetivo deste estudo é determinar a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com obesidade acompanhados no serviço de Endocrinologia e Metabologia do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-USFC) e comparar os resultados entre grupos com diferentes graus de obesidade.

MÉTODOS

Estudo observacional transversal realizado por meio de aplicação do questionário HADS, coleta de dados clínicos e epidemiológicos de pacientes com obesidade do ambulatório de Endocrinologia e Metabologia do HU-UFSC, entre 2016 a 2019. O presente estudo faz parte do projeto de extensão Respiração em Sobrepeso/Obesidade, aprovado pelo comitê de ética sob o número 1.640.661.

Foram incluídos no estudo pacientes com 18 anos ou mais, de ambos os sexos e em acompanhamento nos ambulatórios de obesidade clínica e cirurgia bariátrica do HU-UFSC, com consentimento prévio por meio da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) sobre a pesquisa e seus procedimentos. Foram excluídos os pacientes menores de 18 anos, gestantes e lactantes, pacientes com eventos cardiovasculares e cerebrovasculares recentes (com menos de 1 mês de sua ocorrência), portadores de neoplasia em atividade, pacientes em uso crônico de corticosteroides sistêmicos ou pacientes que não aceitaram participar da pesquisa e não assinaram o TCLE.



Os dados clínicos e epidemiológicos analisados foram: idade, sexo, etnia (autodeclarada), uso de medicação prévia ou atual para tratamento da obesidade, atividade física (considerados um mínimo de 150 minutos por semana de atividade física moderada)(16), tabagismo, comorbidades e medicações em uso. Os dados do exame físico verificados foram: peso, altura, circunferência abdominal (CA), circunferência cervical (CC) e índice de massa corporal (IMC). A CA foi medida na linha média entre a crista ilíaca e a região subcostal. Foi utilizada a classificação da OMS para a categorização dos pacientes conforme valores de IMC, obtidos pela divisão do peso (kg) pelo quadrado de sua altura (m), sendo estabelecidos valores de IMC normais entre 18,5 e 24,9 kg/m²; sobrepeso: 25,0 a 29,9 kg/m²; obesidade grau 1: 30,0 a 34,9 kg/m²; obesidade grau 2: 35,0 a 39,9 kg/m²; e obesidade grau 3 para valores acima de 40,0 kg/m².

Para avaliar sintomas ansiosos e depressivos nos pacientes, foi aplicada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale* ou HADS) desenvolvida em 1983, inicialmente para avaliar ansiedade e depressão em pacientes de hospitais clínicos não psiquiátricos, sendo depois utilizada mesmo em pacientes não internados. A HADS é composta por quatorze itens, sendo sete voltados para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para a depressão (HADS-D). Cada um dos itens pode ser pontuado de 0 a 3, sendo 21 a pontuação máxima para cada escala. Quando a soma da pontuação obtida na a HADS-A ou a HADS-D resulta em 9 pontos ou mais, o paciente é considerado com sintomas de ansiedade ou depressão, respectivamente. Uma revisão mais recente sobre a validade da aplicação deste questionário, confirmou o mesmo como bom instrumento para triagem para transtornos de ansiedade e depressão(15).

As variáveis contínuas foram descritas como média e desvio padrão, e as categóricas em números absolutos e proporções. Aplicou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para avaliação da distribuição das variáveis quanto à normalidade. As variáveis contínuas foram comparadas por meio do teste ANOVA e as variáveis categóricas pelo teste de qui-quadrado. A correlação entre as variáveis numéricas foi avaliada pelo coeficiente de correlação de Pearson pela distribuição normal da amostra. Foram considerados estatisticamente significativos os valores de p menores que 0,05. Todos os testes utilizados são bicaudais e foram executados pelo programa estatístico Statistica, versão Ultimate Academic (TIBCO Software Inc., Palo Alto, CA, EUA).

RESULTADOS

Foram incluídos 47 pacientes no estudo. Desses, 14 pacientes com obesidade grau 1 (G1), 14 pacientes com obesidade grau 2 (G2) e 19 pacientes com obesidade grau 3 (G3). As características dos



pacientes encontram-se na tabela 1. Do total dos participantes, 37 eram mulheres (78,7%), com média de idade de idade de 43 ± 10 anos, $110,6 \pm 27,7$ kg e IMC de $41,8 \pm 9,3$ kg/m².

Dos 47 pacientes do estudo, 38 (80,9%) fizeram uso prévio ou faziam uso atual de medicação para tratamento da obesidade, 13 (92,9%) pacientes no G1, 10 (70,4%) no G2 e 15 (78,9%) no G3 ($p=0,181$). Dos 13 (92,9%) pacientes do G1 que fizeram ou fazem uso de medicações, 2 descreveram uso de bupropiona, 1 de topiramato, 6 de sibutramina e 4 de outras medicações. Do G2, dos 10 (70,4%) pacientes, 2 descreveram uso de bupropiona, 4 de sibutramina, 1 de outras medicações e 3 não souberam informar a medicação. Em relação aos 15 (78,9%) pacientes do G3, 3 descreveram uso de bupropiona, 2 de topiramato, 6 de sibutramina, 2 de fluoxetina e 2 de outras medicações. Dos 38 pacientes que fizeram uso de medicação, 5 pacientes haviam feito uso prévio ou atual de mais de uma das medicações: 1 paciente do G3 com uso de topiramato, sibutramina e outros, 1 do G3 com uso de bupropiona e topiramato, 1 paciente do G1 com uso de sibutramina e topiramato, 1 do G1 com uso de sibutramina e bupropiona e 1 paciente do G1 com uso prévio ou atual de sibutramina e fluoxetina. Do total de participantes, 13 (27,7%) responderam que faziam alguma atividade física de moderada intensidade por no mínimo 150 minutos por semana. Em relação ao tabagismo, do total de participantes, 15 (31,9%) responderam positivamente para tabagismo atual ou história prévia. Em relação às comorbidades, 25 (53,2%) tinham diagnóstico de hipertensão arterial, 12 (25,5%) tinham DM2, 11 (23,4%) tinham dislipidemia e 5 (10,6%) tinham hipotireoidismo.

A média das respostas do questionário HADS-A foi de $7,3 \pm 4,2$ entre todos os participantes, correspondendo a $8,5 \pm 4,4$ no G1, $8,1 \pm 4,4$ no G2 e $5,9 \pm 3,6$ no G3 ($p=0,511$). Em relação a média das respostas do questionário HADS-D, a média entre todos os participantes foi de $6,9 \pm 4,4$, sendo a média $7,4 \pm 4,4$ no G1, $6,5 \pm 4,1$ no G2 e $6,8 \pm 4,7$ no G3 ($p=0,874$). A comparação das médias encontra-se na tabela 2.

Foram considerados positivos para os sintomas ansiosos os pacientes que alcançaram pontuação da escala HADS-A ≥ 9 . Do total, 17 (36,2%) tinham sintomas de ansiedade, correspondendo 6 (42,9%) do G1, 6 (42,9%) do G2 e 5 (26,3%) do G3. De forma semelhante, pacientes com sintomas depressivos foram aqueles com pontuação da escala HADS-D ≥ 9 . De todos os pacientes do estudo, 16 (34%) tiveram sintomas depressivos, correspondendo a 5 (35,7%) pacientes no G1, 4 (28,6%) no G2 e 7 (36,8%) no G3 (Figura 1).

As correlações de Pearson encontram-se na tabela 3 e 4. Em relação ao HADS-A, não se encontrou correlação da pontuação com as variáveis idade ($r=-0,092$ e $p=0,539$), peso ($r=-0,228$ e $p=0,123$), IMC ($r=-0,237$ e $p=0,108$), CA ($r=-0,218$ e $p=0,140$) e CC ($r=-0,208$ e $p=0,160$). Foi constatada uma correlação positiva significativa entre HADS-A e HADS-D ($r=0,654$, $p<0,001$). Não



houve correlação da pontuação na escala HADS-D com a idade ($r=0,109$ e $p=0,467$), peso ($r=-0,197$ e $p=0,184$), IMC ($r=-0,056$ e $p=0,707$), CA ($r=-0,031$ e $p=0,834$) e CC ($r=-0,152$ e $p=0,309$).

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo mostram uma elevada prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com obesidade, embora sem diferença entre os graus de obesidade e sem correlação das variáveis antropométricas com a pontuação em ambas as escalas.

A maior prevalência de sintomas de ansiedade e depressão nesta população é corroborada por dados da literatura, porém há considerável heterogeneidade entre os estudos, principalmente quanto aos instrumentos de avaliação utilizados(6-9).

Um estudo brasileiro que avaliou uma amostra aleatória de indivíduos adultos residentes da grande São Paulo encontrou uma prevalência de ansiedade de quase 20% e de depressão de pouco mais de 10%. Todavia, outro instrumento para avaliar estas desordens psicológicas foi utilizado, o que inviabiliza a comparação dos resultados(17).

Em relação aos estudos que utilizaram a HADS, um estudo de Sergipe, que analisou uma amostra não-clínica representativa da população aracajuana, encontrou uma média de pontuação na HADS-A de 6,6 e na HADS-D de 5,3, valores inferiores aos encontrados na nossa casuística(18).

Outro estudo aplicou a HADS a pacientes oncológicos e observou uma média de pontuação para ansiedade de 5,9 e de depressão de 5,0, também inferiores às medias encontradas no presente estudo(19).

Em uma análise em pacientes com obesidade, não houve correlação do IMC com os sintomas e ansiedade e depressão pela HADS, corroborando os resultados do presente estudo. Porém, ao analisar a composição corporal por meio da análise da absorção de raios-x de dupla energia, foi evidenciada uma forte correlação inversa entre massa magra e a pontuação na HADS-A e HADS-D, além de uma correlação significativa entre a porcentagem de gordura corporal e a pontuação nas duas escalas(7).

Outro estudo brasileiro demonstrou que a redução da porcentagem de gordura corporal foi o melhor parâmetro relacionado com a melhora dos sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com obesidade e síndrome metabólica após 6 meses de tratamento com balão intragástrico(20).

Um estudo transversal irlandês analisou 2047 indivíduos e demonstrou a importância do perfil metabólico na associação com saúde mental entre os pacientes com obesidade. Pacientes com perfis metabólicos desfavoráveis neste estudo (como resistência à insulina, aumento da pressão arterial e dislipidemia) associaram-se a maior prevalência de sintomas ansiosos e depressivos(21).



Os achados destes estudos sugerem ser mais relevante analisar a composição corporal e o perfil metabólico do que o IMC isoladamente, para uma melhor avaliação da associação da obesidade com os sintomas psicológicos(7,21).

Na tentativa de identificar fatores passíveis de serem modificados, um estudo transversal iraniano envolveu 3363 indivíduos e analisou a combinação de estilo de vida saudável com sintomas psicológicos e obesidade. Foram encontradas evidências indicando que estilo de vida saudável estava associado a menor probabilidade de ansiedade e depressão nos indivíduos do grupo estudado(22).

Entre os pontos fortes do presente estudo, destacam-se a coleta de dados pelos mesmos pesquisadores e a avaliação de pacientes com diferentes graus de obesidade, provenientes de uma população local com características semelhantes.

Entre as limitações do estudo, ressaltam-se o número reduzido de participantes, o desenho transversal, a utilização do IMC como único critério para avaliar a obesidade – que, apesar de ser uma ferramenta simples e sem custos, não permite diferenciar massa magra de tecido adiposo – e a distribuição predominante de mulheres.

CONCLUSÃO

Com base nos dados encontrados, concluímos que no nosso meio, os pacientes com obesidade apresentam elevadas taxas de sintomas ansiosos e depressivos, dados estes, superiores aos dados da população geral descrito na literatura. Não foram encontradas diferenças significativas entre os diferentes graus de obesidade, e os índices antropométricos não se correlacionaram com a pontuação nas escalas de ansiedade e depressão. Mais estudos são necessários, com avaliação de um maior número de indivíduos e com acompanhamento longitudinal, para uma avaliação mais aprofundada da complexa relação entre obesidade e transtornos psicológicos.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. 2018. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Brasil M da SS de V em SD de A de S de SM da SS de G. Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquerito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiro [Internet]. Brasília Ministério da Saúde. 2019. 131 p. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2011_fatores_risco_doencas_cronicas

.pdf



3. Associação Brasileira para Estudo da Obesidade. Diretrizes brasileiras de obesidade 2016. VI Diretrizes Bras Obesidade. 2016;186.
4. Brasil, Saúde M da. Vigitel Brasil 2016 [Internet]. 2017. 157 p. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2016_saude_suplementar.pdf
5. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates [Internet]. 2017. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=D709AC829966043314F48B0A5D9720AD?sequence=1>
6. Jantarantotai N, Mosikanon K, Lee Y, et al. The interface of depression and obesity. *Obes Res Clin Pract* [Internet]. 2017;11(1):1–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.orcp.2016.07.003>
7. Guedes EP, Madeira E, Mafort TT, et al. Body composition and depressive/anxiety symptoms in overweight and obese individuals with metabolic syndrome. *Diabetol Metab Syndr*. 2013;5(1):1–5.
8. Jagielski AC, Brown A, Hosseini-Araghi M, et al. The association between adiposity, mental well-being, and quality of life in extreme obesity. *PLoS One*. 2014;9(3).
9. Review AS. Overweight, Obesity, and Depression. 2010;67(3):220–9.
10. Kuo W, Bratzke LC, Oakley LD, et al. The association between psychological stress and metabolic syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2019;(February):1–14.
11. World Health Organization. Depression [Internet]. 2018. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
12. Tyrrell J, Mulugeta A, Wood AR, et al. Using genetics to understand the causal influence of higher BMI on depression. *Int J Epidemiol*. 2019;48(3):834–48.
13. Jorm AF, Korten AE, Christensen H, et al. Association of obesity with anxiety, depression and emotional well-being: A community survey. *Aust N Z J Public Health*. 2003;27(4):434–40.
14. Jolly M, Sequeira W, Block JA. Health and quality of life outcomes. *Health Qual Life Outcomes*. 2014;12(1):6–9.
15. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, et al. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *J Psychosom Res*. 2002;52(2):69–77.
16. Du Y, Liu B, Sun Y, et al. Trends in Adherence to the Physical Activity Guidelines for Americans for Aerobic Activity and Time Spent on Sedentary Behavior Among US Adults, 2007 to 2016. *JAMA Netw Open*. 2019;2(7): e197597.
17. Andrade LH, Wang YP, Andreoni S, et al. Mental disorders in megacities: Findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PLoS One*. 2012;7(2).
18. Faro A. Confirmatory factor analysis and standardization of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Psicol Teor e Pesqui*. 2015;31(3):349–53.



19. Variables P. Prevalência de Ansiedade e Depressão em Pacientes Oncológicos e Identificação de Variáveis Predisponentes. 2016;62(4):321–8.
20. Guedes EP, Madeira E, Mafort TT, et al. Impact of a 6-month treatment with intragastric balloon on body composition and psychopathological profile in obese individuals with metabolic syndrome NCT01598233 NCT. Diabetol Metab Syndr. 2016;8(1):1–7.
21. Phillips CM, Perry IJ. Depressive symptoms, anxiety and well-being among metabolic health obese subtypes. Psychoneuroendocrinology [Internet]. 2015;62:47–53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.07.168>
22. Saneei P, Esmailzadeh A, Hassanzadeh Keshteli A, et al. Combined healthy lifestyle is inversely associated with psychological disorders among adults. PLoS One [Internet]. 2016;11(1):1–14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0146888>

TABELAS

Tabela1. Características dos pacientes.

Variáveis	Total	Obesidade (n/% ou média±DP)			p
		Obesidade grau 1 n=14	Obesidade grau 2 n=14	Obesidade grau 3 n=19	
	n=47				
<i>Sexo feminino (n/%)</i>	37/78,7	11/78,6	10/71,4	16/84,2	0,675
<i>Peso (kg)</i>	110,6±27,7	85,2±12,1	102,8±9,4	135,0±24,8	< 0,001
<i>Idade (anos)</i>	43±10	41,6±12,2	45,2±7,8	41,6±10,7	0,566
<i>IMC (kg/m²)</i>	41,8±9,3	32,3±1,5	38,3±1,5	51,3±6,5	< 0,001
<i>CA (cm)</i>	118,2±16,6	102,6±10,6	112,6±10,6	133,7±8,7	< 0,001
<i>CC (cm)</i>	39,8±4,1	37,1±3,7	37,2 ±2,7	42,3±3,8	< 0,001

continua



continua

<i>Uso de medicação para obesidade (sim n/%)</i>	38/80,9	13/92,9	10/71,4	15/78,9	0,181
<i>Atividade física (sim n/%)</i>	13/27,7	5/35,7	5/35,7	3/15,8	0,325
<i>Tabagismo atual ou prévio (sim n/%)</i>	15/31,9	6/42,9	5/35,7	4/21,1	0,137
<i>HAS (n/%)</i>	25/53,2	6/42,9	8/57,1	11/57,9	0,651
<i>DM2 (n/%)</i>	12/25,5	2/14,3	4/28,6	6/31,6	0,505
<i>DLP (n/%)</i>	11/23,4	2/14,3	5/35,7	4/21,2	0,388
<i>Hipotireoidismo (n/%)</i>	5/10,6	3/21,4	0	2/10,5	0,184
<i>HADS-A ≥ 9 (n/%)</i>	17/36,2	6/42,9	6/42,9	5/26,3	0,511
<i>HADS-D ≥ 9 (n/%)</i>	16/34	5/35,7	4/28,6	7/36,8	0,874

DP: Desvio padrão; n: total de participantes; IMC: Índice de Massa Corporal; CA: circunferência abdominal; CC: circunferência Cervical; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM2: Diabete Mellitus tipo 2; DLP: Dislipidemia; HADS-A: escala hospitalar de ansiedade; HADS-D: escala hospitalar de depressão.
Fonte: Elaborado pelos autores (2019).

**Tabela 2.** Comparação da pontuação nas escalas HADS-A e HADS-D entre os grupos.

	Total	Obesidade			
	n=47	Obesidade grau 1 n=14	Obesidade grau 2 n=14	Obesidade grau 3 n=19	p
HADS-A	7,3±4,2	8,5±4,4	8,1±4,4	5,9±3,6	0,511
HADS-D	6,9±4,4	7,4±4,4	6,5±4,1	6,8±4,7	0,874

HADS-A: escala hospitalar de ansiedade; HADS-D: escala hospitalar de depressão.
Fonte: Elaborado pelos autores (2019).

Tabela 3. Correlação de Pearson entre a pontuação da escala HADS-A e as demais variáveis estudadas

HADS-A	r	p
Idade	-0,092	0,539
Peso	-0,228	0,123
IMC	-0,237	0,108
CA	-0,218	0,140
CC	-0,208	0,160
HADS-D	0,654	<0,001

IMC: Índice de Massa Corporal; CA: circunferência abdominal; CC: circunferência Cervical; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM2: Diabete Mellitus tipo 2; DLP: Dislipidemia; HADS-A: escala hospitalar de ansiedade; HADS-D: escala hospitalar de depressão.
Fonte: Elaborado pelos autores (2019).

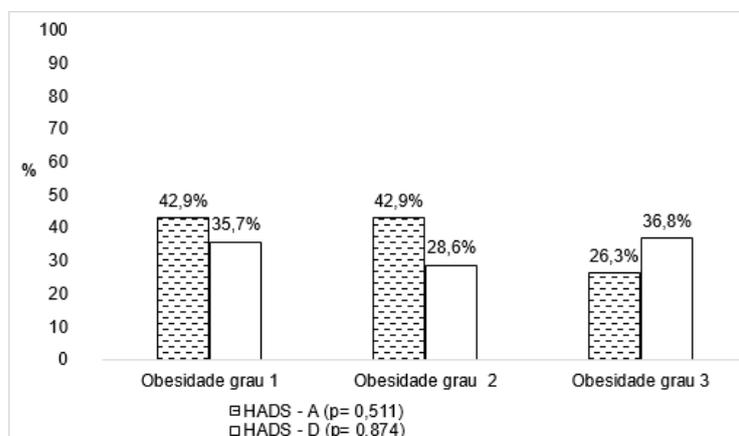
**Tabela 4.** Correlação de Pearson entre a pontuação da escala HADS-D e as demais variáveis estudadas

HADS-D	r	p
Idade	0,109	0,467
Peso	-0,197	0,184
IMC	-0,056	0,707
CA	-0,031	0,834
CC	-0,152	0,309
HADS-A	0,654	<0,001

IMC: Índice de Massa Corporal; CA: circunferência abdominal; CC: circunferência Cervical; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM2: Diabete Mellitus tipo 2; DLP: Dislipidemia; HADS-A: escala hospitalar de ansiedade; HADS-D: escala hospitalar de depressão.

Fonte: Elaborado pelos autores (2019).

FIGURAS

Figura 1. Prevalência de sintomas de ansiedade e depressão nos diferentes graus de obesidade.

HADS-A: escala hospitalar de ansiedade; HADS-D: escala hospitalar de depressão

Fonte: Elaborado pelos autores (2019).