

Hábitos Alimentares, Actividade Física e Estado Nutricional em Doentes com Depressão

Gomes, A.¹; Fernandes, A.²; Oliveira, A.³; Capitão, F.⁴; Ferreira, L.⁵ & Coelho, C.⁶

Resumo

A depressão, humor e stress nos indivíduos influencia a quantidade e tipo de alimentos ingeridos, o que se reflecte no estado nutricional e pode agravar o quadro clínico depressivo. O objectivo do estudo era avaliar a relação entre depressão, ansiedade e stress, hábitos alimentares, actividade física e estado nutricional, numa amostra de 29 indivíduos de um Hospital Psiquiátrico Português. Usou-se um questionário contendo dados antropométricos, questionário de frequência alimentar, questionário de actividade física IPAQ versão 8 adaptado e escala EADS de 21 itens para avaliar as afectividades. Os indivíduos tinham IMC de $29 \pm 6 \text{ kg/m}^2$. 72,4% dos indivíduos tinha ingestão calórica insuficiente e os restantes excessiva. 55,2% tinham actividade física moderada, 27,6% intensa e 17,2% ligeira. A correlação da ingesta alimentar com as afectividades demonstrou que: maiores níveis de stress e ansiedade relacionavam-se com menor ingesta de frutas; maiores níveis de ansiedade relacionavam-se com menor ingesta de tomate e de proteínas; maiores níveis de depressão relacionavam-se com menor ingesta de carnes brancas. Estes resultados poderão evidenciar que a ingestão inadequada de proteínas e frutos ricos em glúcidos importantes para regular os níveis de serotonina possivelmente estarão a contribuir para o quadro de depressão e o menor consumo de carnes brancas ricas em lípidos monoinsaturados importantes no controlo de peso podem estar a contribuir para o aumento do IMC.

Palavras Chave — Depressão; alimentação; actividade física.

¹ Ana Gomes, - Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde ana.gomes@ipb.pt

² António Fernandes, - Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior Agrária toze@ipb.pt

³ Ana Oliveira, - Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde ana.filipa_dietetica@hotmail.com

⁴ Fátima Capitão.

⁵ Luísa Ferreira .

⁶ Catarina Coelho.

1 - INTRODUÇÃO

1.1 Depressão e hábitos alimentares

A depressão é uma doença que afecta cerca de 5 a 10% da população mundial e que acarreta um alto preço social. No momento, ocupa o quarto lugar entre as 20 doenças mais causadoras de morte prematura e incapacidade e, prevê-se que no ano de 2020 a depressão ocupe o segundo lugar entre estas doenças (1). Esta doença encaixa-se na categoria dos distúrbios do humor e é influenciada tanto por factores biológicos como ambientais. Os principais sintomas da depressão são: humor deprimido (sentimentos de tristeza ou vazio); desinteresse em actividades que costumavam ser apreciadas; distúrbios do sono; perda ou redução significativa do nível de energia; dificuldades de concentração, conversação, ou de tomada de decisões que poderiam ser feitas facilmente na ausência da patologia e, pensamentos suicidas (2).

A depressão encontra-se ainda fortemente associada com a ansiedade e o stress (3). Por sua vez, vários estudos evidenciaram que a depressão, o stress e ansiedade estão directamente relacionados com modificações do apetite e que estes condicionam as preferências alimentares, o que futuramente pode vir a reflectir-se no estado nutricional dos indivíduos.

As modificações do apetite associadas à depressão podem manifestar-se tanto como aumento, como com diminuição do apetite (4). A modificação do humor e o stress nos indivíduos deprimidos pode influenciar não só a quantidade de alimentos, mas também o tipo de alimentos que eles preferem (5, 6, 7).

Vários estudos relataram que a obesidade e a depressão são duas patologias que têm uma grande probabilidade de estarem relacionadas e de ocorrerem em simultâneo (4,8, 9, 10). A gravidade da depressão e factores mediadores, como a alimentação, o stress, doenças do comportamento alimentar podem explicar a relação destas duas patologias. A depressão parece, no entanto, ser mais frequentemente o factor causal da obesidade e não o inverso, pois estudos prospectivos demonstraram que a presença de depressão clínica predispõe ao desenvolvimento de obesidade. Logo, indivíduos que apresentam as duas patologias deverão muito provavelmente ter desenvolvido a depressão em primeiro lugar (7). Estudos comprovam que indivíduos que na sua infância e adolescência sofriram de depressão apresentaram maior IMC na idade adulta do que outros que não tinham desenvolvido depressão (8).

Um estudo, que procurou descobrir se os sintomas depressivos em indivíduos com excesso de peso ou obesidade estavam relacionados com o desenvolvimento de certas patologias alimentares, notou que os participantes com depressão tinham mais preocupações com a alimentação e restringiam mais a alimentação, mas no entanto tinham maior IMC que os participantes não deprimidos. Além disso, no grupo dos deprimidos foram mais os participantes que relataram *binge eating* do que no grupo dos não deprimidos (11). Entre mulheres de meia-idade, a depressão foi fortemente e constantemente associada com obesidade, baixa actividade física e (entre os obesos) maior ingesta calórica (4).

O *binge eating* é uma doença do comportamento alimentar definida por “episódios recorrentes de sobrealimentação associados com indicadores subjectivos e comportamentais de dificuldades de auto-controlo, e uma grande angústia, sem presença de comportamentos compensatórios”. Desde as suas primeiras descrições na literatura científica, o *binge eating* tem sido muito associado com a depressão. Resultados de um estudo suportaram que os sintomas depressivos predizem o desenvolvimento de *binge eating*, indicando que os indivíduos que têm episódios compulsivos fazem-no para sentirem conforto mental e se abstraírem de emoções adversas (5, 7).

Os indivíduos deprimidos podem experimentar um aumento do stress, o que, por sua vez, pode promover a obesidade em certos indivíduos (7). Nos estudos sobre o stress e a sua relação com as alterações na dieta descobriu-se que os períodos de maior stress estão associados com maior ingesta de gorduras e calorias, ou com maior ingesta de gorduras, açúcares e conseqüentemente maior ingesta total de calorias, em indivíduos que normalmente restringiam a sua alimentação (6, 12). Este aumento do stress e conseqüente aumento na ingesta total de calorias pode assim conduzir a um aumento do IMC e desenvolvimento de excesso de peso ou obesidade (6, 7).

As alterações na ingesta de diversas categorias de alimentos durante o stress, mau humor, ansiedade e depressão revelaram um padrão, independentemente da quantidade que os indivíduos comiam quando stressados ou deprimidos. Isto é, os doces e chocolates foram referidos como alimentos mais consumidos por todos os grupos quando estes estavam sob stress, até pelos que tinham uma menor ingesta total; de modo inverso, a ingesta de frutas, legumes, carne e peixe, foram referidos como alimentos ingeridos em menor ou igual quantidade por todos os grupos (6).

Vários estudos indicam que os alimentos ricos em açúcar, hidratos de carbono e gordura são consumidos devido à melhoria de humor resultante do seu consumo. Isto pode

explicar as preferências que alguns indivíduos deprimidos têm por este tipo de alimentos, que procuram assim um alívio para os seus sintomas depressivos. Por outro lado, estes indivíduos vão apresentar conseqüentemente uma ingesta calórica aumentada devido ao tipo de alimentos preferidos (13).

Um estudo realizado nos Estados Unidos encontrou também uma associação entre a depressão e o uso excessivo de álcool, embora a magnitude da associação fosse moderada e fosse só encontrada entre as mulheres (14).

1.2 Depressão e actividade física

O conceito de saúde hoje aceite fala-nos de um completo bem-estar físico, mental e social, afastando a velha teoria: Saúde é a ausência de doença (15).

Considera-se exercício físico como qualquer actividade que envolve esforço físico, que seja planeada, estruturada e repetitiva, cuja finalidade se centre na manutenção da saúde e na melhora da aptidão física (17).

A prática de exercício físico tem vindo a ser incluída em programas de Promoção da Saúde, porém vários estudos têm vindo a realçar a importância da mesma também na reabilitação de patologias que actualmente contribuem para o aumento da morbilidade e mortalidade da população mundial (15, 18).

O exercício físico desempenha um importante papel na prevenção de envelhecimento prematuro, na melhoria da qualidade de vida e na longevidade. Revela ter uma acção fundamental na prevenção de doenças como: diabetes, doenças respiratórias, doenças cardíacas (hipertensão arterial, arteriosclerose), doenças osteo-articulares (artrose, artrite, osteoporose), distúrbios mentais e dor crónica (16).

Vários estudos apontam benefícios do exercício físico para a saúde, no sentido da melhora da eficiência do metabolismo, aumentando o catabolismo lipídico. Conseqüentemente, há uma diminuição da percentagem de massa gorda corporal e aumento da massa muscular, melhoria da estabilidade postural e maior flexibilidade e amplitude de movimento (15, 16).

No âmbito psicológico, a prática regular de exercício físico é benéfica para a preservação da função cognitiva, na melhoria de sintomas depressivos e comportamento, bem como no controlo pessoal e auto-eficácia. Estas melhorias a nível psicológico devem-se à libertação de *b-endorfina* e *dopamina* durante a prática de exercício físico, cuja libertação regular se traduz num efeito tranquilizante e analgésico (15, 16, 17, 18).

Para além, de ter um efeito benéfico a nível biológico e psicológico, a prática de exercício físico resulta na melhoria de relacionamentos interpessoais e na estimulação da superação de desafios, isto é, actua a nível social (17).

Este estudo tinha com objectivo avaliar a relação entre depressão, ansiedade e stress, hábitos alimentares, actividade física e estado nutricional.

2 - MÉTODO

2.1- Participantes

Neste estudo foram recrutados, 26 mulheres e 3 homens com idades compreendidas entre 55 ± 9 anos. Estes inquiridos recorriam a consultas de psiquiatria ou que se encontravam internados na unidade de psiquiatria do Norte Litoral.

2.2- Material

O material utilizado neste estudo foi: uma balança electrónica *Korona*[®] com capacidade máxima de 150 Kg; Bilhete de identidade /cartão do cidadão para retirar a altura; fita métrica para medir a circunferência da cintura e a circunferência da anca; um questionário que compreende numa primeira parte uma avaliação do estado nutricional, a segunda parte contempla a escala de ansiedade, depressão e stress (EADS) de F. Lovibond e S. H. Lovibond (1995), traduzida e adaptada por Ribeiro, Honrado, e Leal (2004), a terceira parte será um questionário de frequência alimentar elaborado pelos autores da investigação proposta e a uma última parte composta por um questionário de actividade física (IPAQ 8, versão curta)

2.3- Procedimento

Pedia-se a colaboração do doente para participar no estudo, e assim assinar um consentimento informado como aceitava responder as questões colocadas. Pesava-se o doente na balança electrónica *Korona*[®] e perguntava-se a altura referente no B-I, para avaliação do estado nutricional. Com uma fita métrica media-se a circunferência da cintura e da anca, para posteriormente fazer a relação cintura-anca. Era entregue o questionário ao doente para preencher, onde sempre que necessário era prestado apoio na realização do mesmo.

3 - ANÁLISE DE RESULTADOS

Os indivíduos da amostra apresentavam em média um peso de $73,82 \pm 1,53$ Kg e uma altura de $1,60 \pm 0,07$ m, o seu IMC médio era de $29 \pm 5,55$ Kg/m², ou seja, prevalecia o excesso de peso. Quanto à circunferência abdominal era de $94 \pm 13,62$ cm e a da anca $105,67 \pm 11,35$ cm, a relação entre estas era de $0,89 \pm 0,08$ cm. Na EADS os inquiridos, para a ansiedade, apresentavam em média uma pontuação de $9,72 \pm 5,45$, para a depressão $12,55 \pm 6,79$ e para o stress $11,66 \pm 5,44$, num rango de 0 a 21. O consumo energético da nossa amostra era de $1877,11 \pm 675,88$ Kcal, em que $21 \pm 3,32\%$ ($97,28 \pm 32,47$ g) se devia às proteínas, $29 \pm 5,09\%$ ($61,03 \pm 26,09$ g) aos lípidos e $50 \pm 6,51\%$ ($236,60 \pm 89,28$ g) aos hidratos de carbono. 72,4% dos indivíduos apresentavam ingesta insuficiente, ao passo que 27,6 apresentava ingesta excessiva. Em relação à actividade física 17,2% da amostra tinha uma actividade física ligeira, 55,2% moderada e 27,6% uma actividade física vigorosa.

Tabela 1 - Correlações da escala EADS e alimentos

Alimentos \ EADS	Ansiedade	Depressão	Stress
Carnes vermelhas (P-value)	60,4%	89,5%	93,2%
Carnes brancas (P-value)	72,7%	3,9% *	76,6%
Hambúrguer (P-value)	39,3%	16,1%	64,0%
Peixe magro (P-value)	79,7%	5,4%	32,7%
Peixe gordo (P-value)	87,5%	21,8%	15,6%
Pizza (P-value)	16,7%	34,1%	11,0%
Batatas fritas de pacote (P-value)	47,7%	71,4%	41,5%
Leguminosas (P-value)	72,1%	85,3%	79,7%
Hortaliças (P-value)	8,1%	75,7%	80,6%
Milho doce (P-value)	13,3%	21,4%	13,4%
Alface (P-value)	6,5%	83,3%	34,6%
Tomate (P-value)	2,4% *	42,6%	27,5%
Pimento (P-value)	15,7%	85,5%	49,5%
Pepino (P-value)	22,7%	71,9%	97,5%
Cenoura (P-value)	73,4%	16,4%	44,1%
Cebola (P-value)	17,9%	78,3%	83,2%
Frutos A** (P-value)	80,7%	32,3%	51,4%
Frutos B*** (P-value)	3,7% *	8,2%	2,1% *
Frutos C**** (P-value)	31,5%	40,9%	38,5%
Refrigerantes (P-value)	29,8%	21,6%	54,7%
Sumos de fruta (P-value)	24,5%	41,7%	13,6%
Biscoitos (P-value)	50,5%	96%	87,5%
Bolos (P-value)	59,3%	60,5%	59,8%
Chocolate (P-value)	64,8%	54,1%	98,1%
Snacks de chocolate (P-value)	81,5%	76,2%	44,9%
Açúcar (P-value)	9%	99,7%	51,0%
Sobremesas lácteas (P-value)	86,6%	95,7%	67,8%
Gelados (P-value)	53,8%	96,2%	72,0%

**Frutos A: Ameixa encarnada, Framboesa, Melancia, Melão, Meloa, Morango e Toranja.

***Frutos B: Ameixa rainha Cláudia, Cereja, Clementina, Dióspiro, Ananás, Damasco, Ginja, Kiwi, Laranja, Maçã, Manga, Nectarina, Nêspira, Papaia, Pêra, Pêssego, Tângera e Tangerina.

****Frutos C: Banana, Figo, Uva Branca e Uva Tinta.

Relativamente à ansiedade verificou-se que os indivíduos mais ansiosos consumiam menor quantidade de tomate com um P-value de 2,4% ($\alpha=5\%$) com um coeficiente de correlação ordinal de Spearman de -0,417 e, menor quantidade de frutos B com um P-value de 3,15% ($\alpha=5\%$) com um coeficiente de correlação de Spearman de -0,193. Por outro lado, os indivíduos com maiores níveis de depressão consumiam menores quantidades de carnes brancas com P-value de 3,9% ($\alpha=5\%$) com um coeficiente de correlação de Spearman de -0,386. Finalmente, os indivíduos com maiores níveis de stress consumiam menor quantidade de frutos B com um P-value de 2,1% ($\alpha=5\%$) e com uma correlação de Spearman de -0,428.

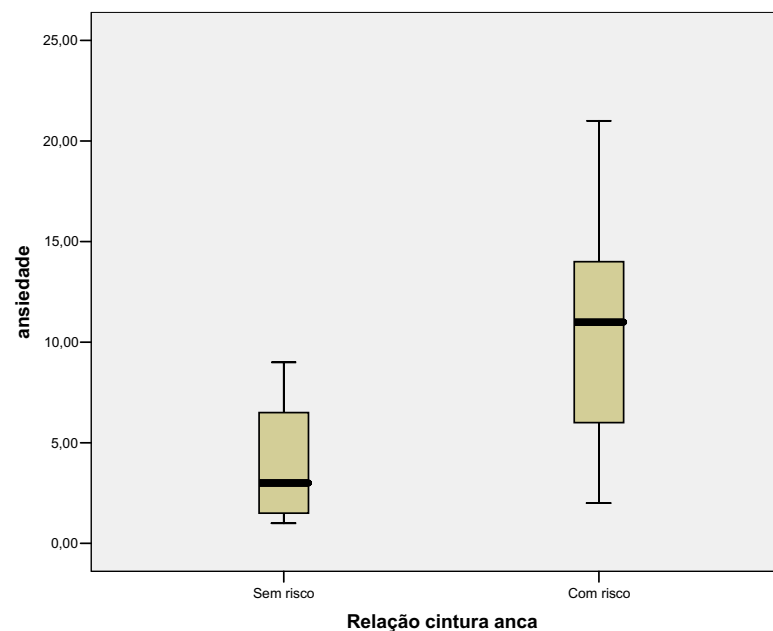


Gráfico 1 - Influência da relação cintura-anca na ansiedade

Através do teste de Mann-Whitney verificou-se que a ansiedade é influenciada pela relação cintura-anca com um P-value de 1,9% para um $\alpha=5\%$.

4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Contrariamente a outros estudos realizados (4,8,9,10) a nossa amostra apresentou maior prevalência de excesso de peso e não obesidade. O excesso de peso e a obesidade estão normalmente relacionados com uma elevada ingestão calórica, mas na nossa amostra

verificou-se que a maioria dos inquiridos tinha uma ingestão total de calorias inferior às suas necessidades energéticas. Este facto pode dever-se a uma possível omissão da real quantidade e frequência da ingestão de certos alimentos e/ou a uma subestimação das quantidades normalmente ingeridas.

Em relação à actividade física, na nossa amostra esta não influenciava a depressão, ansiedade e stress, tanto a níveis positivos como a níveis negativos, no entanto estudos realizados anteriormente demonstram que indivíduos com depressão apresentavam baixa actividade física (14).

No que diz respeito ao consumo de alimentos, os indivíduos mais ansiosos consumiam mais tomate e menos frutos B, os que apresentavam maiores níveis de depressão consumiam menos carnes brancas e os indivíduos com maiores níveis de stress apresentam um consumo menor de frutos B. Não foram encontrados indícios de haver um maior consumo de alimentos ricos em gordura e em hidratos de carbono, como são referidos em alguns estudos. No entanto, confirma-se o facto de alimentos como a carne, o peixe e a fruta serem consumidos em menor quantidade por estes indivíduos. (6,13)

Na nossa amostra indivíduos com maior relação cintura-anca apresentavam maiores níveis de ansiedade.

A dimensão da amostra constitui uma limitação para o estudo realizado, pois não foram encontradas correlações entre diferentes variáveis.

5 - CONCLUSÕES

Estes resultados poderão evidenciar que a ingestão inadequada de proteínas e frutos ricos em glícidos, importantes para regular os níveis de serotonina, possivelmente estarão a contribuir para o quadro de depressão. O menor consumo de carnes brancas, ricas em lípidos monoinsaturados importantes no controlo de peso, pode estar a contribuir para o aumento do IMC.

Serão necessários mais estudos envolvendo uma maior amostra, para a obtenção de resultados mais significativos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
2. Am. Psychiatr. Assoc. 1994. *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*. Washington, DC: Am. Psychiatr. Assoc. 4th ed.
3. Apóstolo, J. L. A. ; Mendes, A. C. ; Rodrigues, M. A. (2007) - Propriedades psicométricas da Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse (DASS-21), numa amostra não clínica. Revista Investigação em Enfermagem. N° 15, p. 66-76.
4. Simon GE, Ludman EJ, Linde JA, Operskalski BH, Ichikawa L, Rhode P, Finch E, Jeffery RW. Association between obesity and depression in middle-aged women. *General Hospital Psychiatry* 2008; 30:32-39.
5. Spoor S, Stice E, Bekker M, Van Strien T, Croon M, Van Heck G. Relations Between Dietary Restraint, Depressive Symptoms, and Binge Eating: A Longitudinal Study. *Int J Eat Disord* 2006; 39:700-707.
6. Gibson E L. Emotional influences on food choice: Sensory, physiological and psychological pathways. *Physiology & Behavior* 2006; 89: 53-61
7. Stunkard AJ, Faith MS, Allison KC. Depression and obesity. *Biol Psychiatry* 331 2003; 54:330-337.
8. Pine DS, Goldstein RB, Wolk S, Weissman MM (2001): The association between childhood depression and adulthood body mass index. *Pediatrics* 2001; 107:1049–1056.
9. Dong C, Sanchez LE, Price RA. Relationship of obesity to depression: a family-based study. *International Journal of Obesity* 2004; 28: 790-795.
10. Blaine B. Does depression cause obesity? *Journal of Health Psychology* 2008; Vol.13, No. 8: 1190-1197.
11. Werrij MQ, Mulkens S, Hospers HJ, Jansen A. Overweight and obesity: The significance of a depressed mood. *Patient Education and Counseling* 2005; 62:126-131.
12. Wardle J, Steptoe A, Oliver G, Lipsey Z. Stress, dietary restraint and food intake. *Journal of Psychosomatic Research* 2000; 48: 195-202.
13. Christensen L. The effect of food intake on mood. *Clinical Nutrition* 2001; 20: 131-166.
14. Strine TW, Mokdad AH, Dube SR, Balluz LS, Gonzalez O, Berry JT, Manderscheid R, Kroenke K. The association of depression and anxiety with obesity and unhealthy behaviors among community-dwelling US adults. *General Hospital Psychiatry* 2008; 30: 127-137
15. Macedo C, Garavello J, Oku E, Miyagusuku F, Agnoll P, Nocetti P. Benefícios do exercício físico para a qualidade de vida. *Revista Brasileira de Actividade Física; Saúde (s/d)*; 8(2):19-27.
16. Kleinpaul J, Lemos L, Mann L, Kleinpaul JT, Daronco L. Exercício físico: mais saúde para o idoso. Uma revisão. *Revista Digital - Buenos Aires*. 2008;13(123): 1.
17. Cheik N, Reis I, Heredia R, Ventura M, Tufik S, Antunes H, et al. Efeitos do exercicios físico e da actividade física na depressão e ansiedade em individuos idosos. *Revista Brasileira Ci e mov*. 2003;11(3): 45-52
18. Mello M, Boscolo R, Esteves A, Tufik S. O exercício físico e os aspectos psicobiológicos *Revista Brasileira de Medicina no Esporte*. 2005;11:3.

Ana Gomes

Docente. Licenciada em Ciências da Nutrição. Mestre em Controlo de Qualidade – ramo Água e Alimentos. Doutoranda em Ciências Farmacêuticas – ramo Bioquímica. Assistente do 1º triénio equiparada assistente do 1º triénio equiparada e membro do Núcleo de Investigação e Intervenção no Idoso (NIII) e do Instituto de Biologia Molecular e Celular (IBMC). Membro do Núcleo de Investigação e Intervenção no Idoso (NIII) e do Instituto de Biologia Molecular e Celular (IBMC).

António Fernandes

Professor Adjunto Equiparado do Instituto Politécnico de Bragança, Doutorado em Gestão pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e Membro Efectivo do Centro de Investigação em Montanha

Ana Oliveira

Estudante a frequentar o curso de licenciatura bietápica de Dietética na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Com um trabalho de investigação realizado na área da psicologia e nutrição intitulado “Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Obesidad” realizado na Faculdade de Farmácia da Universidade do País Vasco.