

## Obesidade e risco de suicídio em pacientes bipolares

### *Obesity and suicide risk in bipolar patients*

Igor Emanuel Vasconcelos e Martins Gomes<sup>1</sup>, Alexandre Bastos Lima<sup>2</sup>, Emília Santiago Gerhard<sup>3</sup>, Gabriela Lima Torquato<sup>3</sup>, Matias Carvalho Aguiar Melo<sup>3</sup>, Nairton Lopes Cruz<sup>3</sup>, Rafael Baquit Campos<sup>3</sup>, Tiago Medeiros Sales<sup>3</sup>

#### Resumo

No transtorno afetivo bipolar há alto risco de morte por suicídio e comorbidades, sendo a obesidade uma das mais importantes. Alguns estudos tentam correlacionar obesidade e pior desfecho no transtorno afetivo bipolar. Objetivos: Investigar a associação entre obesidade e tentativa de suicídio prévia nos pacientes com transtorno afetivo bipolar bem como outros fatores de risco envolvidos. Métodos: Realizou-se a coleta de dados sócio-demográficos e clínicos em 50 pacientes do Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM) diagnosticados com transtorno bipolar. Os dados foram obtidos através de questionários de pesquisa aplicados por médicos treinados. Dividiram-se os pacientes entre aqueles com e sem tentativa de suicídio prévia, havendo comparação estatística para avaliar preditores de tentativas suicidas anteriores. Resultados: Observou-se que 52% (n=26) dos pacientes tentaram suicídio

ao longo da doença. A média do índice de massa corporal foi 27,95 kg/m<sup>2</sup>, sendo 38% (n=19) da amostra obesa. Observou-se associação entre o grupo com tentativa de suicídio prévia e pensamento suicida ao longo da doença (p=0,000), bem como com número de episódios afetivos no último ano (p=0,046). Não houve associação entre as variáveis obesidade/sobrepeso e suicídio tentado previamente. Conclusão: Esses resultados reforçam a relevância das altas taxas de suicídio e obesidade em pacientes com transtorno afetivo bipolar.

**Palavras-chave:** Transtorno bipolar. Suicídio. Obesidade. Sobrepeso.

#### Abstract

On bipolar affective disorder there is high risk of death by suicide and comorbidities, obesity being one of most important. Some studies try to correlate obesity and worse outcome in bipolar affective disorder. Objectives: To investigate the association between obesity and previous suicide attempt in patients with bipolar affective disorder, as well as other risk factors involved. Methods: It was conducted the collection of socio-demographic and clinical data on 50 patients diagnosed with bipolar

1. Médico. Médico Residente em Psiquiatria no Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM). Pós-Graduação em Direito e Perícia Forense com Enfoque em Medicina Legal; Faculdade Darcy Ribeiro.

2. Médico. Residência em Psiquiatria no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina – USP. Formação em Psicogeriatria na mesma instituição. Coordenador da residência médica de Psiquiatria do Hospital Mental de Messejana (HSMM).

3. Médico. Médico Residente em Psiquiatria no Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM).

disorder, from the Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM). Data were obtained through survey questionnaires and applied by trained physicians. Those patients were divided between patients with and without previous suicide attempt, with statistical comparison to evaluate predictors of suicide attempts earlier. Results: It was observed that 52% (n=26) of patients attempted suicide along the disease. The mean body mass index was 27,95 kg/m<sup>2</sup>, being 38% (n=19) obese. Association was observed between the group with previous suicide attempt and suicidal thinking along the disease (p=0,000), as well as number of affective episodes in the last year (p=0,046). There was no association between the variables obesity/overweight and attempted prior suicide. Conclusion: These results emphasize the importance of high rates of suicide and obesity in patients with BAD.

**Keywords:** Bipolar disorder. Suicide. Obesity. Overweight.

## Introdução

O transtorno afetivo bipolar (TAB) é uma das dez condições patológicas que promovem maior nível de incapacidade<sup>1</sup>, sendo um dos transtornos psiquiátricos com maior associação de morte e morbidade<sup>2</sup>. Neste transtorno incide alto risco de suicídio, sendo a importância deste desfecho mostrada em várias pesquisas, através de sua alta incidência, que na maioria dos estudos varia entre cerca de 5-20%.<sup>3-7</sup>. Entretanto o suicídio costuma ser evitável se houver um diagnóstico correto e reconhecimento dos fatores de risco agudos e crônicos, levando em última instância a um tratamento correto<sup>8</sup>.

É bastante comum a existência de condições comórbidas, tanto psiquiátricas

como clínicas gerais, que trazem uma sobrecarga ainda maior a esses pacientes. Várias condições médicas gerais tem prevalência aumentada nesse grupo quando comparado à população geral, tais como doenças cardiovasculares, disfunções da tireoide (tanto hipertireoidismo como hipotireoidismo, sendo esta alteração a mais comum), diabetes, enxaqueca, sobrepeso e obesidade<sup>9-11</sup>.

Mais especificamente, a obesidade central também é mais encontrada em pacientes com TAB, sendo em torno de 32% neste grupo de pacientes, enquanto na população geral figura em torno de 20%<sup>12</sup>. Outro estudo evidencia que sobrepeso e obesidade em conjunto são prevalentes em torno de 68% dos casos em pacientes com TAB<sup>13</sup>.

A obesidade em si traz ao paciente uma maior taxa de comorbidade clínica e pior desfecho psiquiátrico nos pacientes bipolares<sup>14</sup>. Evidenciou-se que pacientes obesos experimentaram maior número de episódios depressivos e maníacos ao longo da vida, apresentaram-se com episódios índices mais graves e difíceis de tratar e estavam mais propensos a desenvolver recorrência afetiva, em particular, de episódios depressivos<sup>15</sup>. De maneira geral, a obesidade relaciona-se com pior qualidade de vida, interação social mais pobre, menor bem estar psicológico, baixa auto-estima e menos bem estar físico geral<sup>16-19</sup>.

O tratamento desta condição pode ainda exacerbar obesidade, além de aumentar o risco de doenças comórbidas relacionadas ao ganho de peso; evidencia-se ainda o número de episódios depressivos anteriores contribuindo para a tendência a ter sobrepeso ou obesidade<sup>13</sup>.

Nesta mesma pesquisa, observou-se que durante o tratamento agudo houve a maior parte do ganho de peso em relação à fase de manutenção. Durante a fase aguda, a quantidade de ganho no índice de massa corporal (IMC) esteve correlacionada positivamente com a Escala de Hamilton para Depressão e negativamente correlacionada com a Escala de Mania de Bech-Rafaelsen.

Ainda em relação ao tratamento dos pacientes bipolares, recente estudo coreano acompanhou pacientes com TAB durante quatro semanas e observou ganho de peso médio de 2,7 kg (4,6%, em termos percentuais)<sup>20</sup>. Neste estudo, mostrou-se que 24,6% dos pacientes eram obesos na linha de base, havendo acréscimo para 36,3% no número de obesos após 4 semanas. Ainda em relação a esta pesquisa, pacientes com a prescrição de olanzapina e valproato tiveram o maior ganho de peso (3,8+-2,9 kg), sendo que a monoterapia com fármacos de uma ou outra classe mostrou menor acréscimo ponderal. Pacientes em uso de antipsicóticos ganharam mais peso em comparação àqueles que não utilizaram essa classe farmacológica.

Um estudo recente buscou avaliar a correlação entre tentativa de suicídio ao longo da vida e obesidade. Foi encontrada essa associação como tendo relevância clínica no desfecho de suicídio, mostrando alguma correlação entre essas duas variáveis<sup>21</sup>.

Diante do exposto, e da relativa escassez de estudos sobre o tema, a presente pesquisa pretende observar quais fatores de risco mostram-se importantes na predição do desfecho clínico suicídio, em especial atentando para obesidade como um possível preditor de risco nessa

população. Busca-se ainda estimar o impacto do suicídio e obesidade nesse grupo através da avaliação da prevalência, uma vez que tais fatores são relevantes, não só a nível clínico, mas também na esfera da saúde pública.

## Métodos

Trata-se de estudo individuado, observacional, analítico e transversal. Para este estudo foram selecionados os pacientes com diagnóstico de TAB do serviço de residência médica do Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM), localizado na cidade de Fortaleza, estado do Ceará. A pesquisa foi previamente aprovada em Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará (ESP-CE), conforme registrado no parecer consubstanciando número 65727-1.

Os critérios de inclusão dos pacientes envolvidos foram o preenchimento dos critérios diagnósticos de TAB conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição revisada (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV-TR)<sup>22</sup> e a aceitação prévia do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), no qual são explicadas as características gerais do trabalho, bem como registrada a anuência do paciente quanto à sua participação na pesquisa. Os critérios operacionais do DSM-IV-TR foram confirmados por pelo menos dois psiquiatras com experiência na área de transtorno do humor. Algumas características como presença de depressão atípica, ciclagem rápida, tipo de episódios e comorbidades foram definidas também segundo os critérios do mesmo manual diagnóstico. O único critério de exclusão utilizado foi a não aceitação ou impossibilidade de o paciente

aceitar o TCLE, de modo que a amostra pudesse ter maior representatividade clínica da população geral.

Uma vez selecionados os pacientes, estes foram submetidos a um questionário, formatado pelos pesquisadores, contendo múltiplos dados sócio-demográficos: idade; estado civil; escolaridade; profissão; religião e renda familiar. Constaram também no questionário dados clínicos referentes às patologias de base: ideação suicida ao longo da doença; tentativa de suicídio prévia; diagnóstico principal; comorbidades (incluindo abuso de substância como variável separada); história familiar de transtorno bipolar; história familiar de tentativas de suicídio; histórico de depressão atípica; idade de início da doença; primeiro episódio da doença; número de episódios ao longo do último ano; número de internações anteriores; peso e estatura.

O instrumento descrito foi aplicado por residentes de psiquiatria do HSMM, previamente treinados, que se utilizaram dos dados fornecidos pelos pacientes e familiares, bem como da coleta das informações documentadas em prontuário. O acesso ao prontuário foi permitido pelos pacientes, em conformidade com a aceitação prévia do TCLE.

A partir dos dados referentes a peso e estatura foi calculado o IMC, através da divisão do peso em quilograma (kg) pelo quadrado da estatura em metros (m<sup>2</sup>). O IMC foi dividido em categorias conforme as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (World Health Organization – WHO)<sup>23</sup>, que classificam em: 1) baixo peso (IMC menor que 18,5 kg/m<sup>2</sup>); peso normal (IMC entre 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup>); sobrepeso (IMC entre e 25,0-29,9 kg/m<sup>2</sup>); obesidade grau

I (IMC entre 30,0-34,9 kg/m<sup>2</sup>); obesidade grau II (IMC entre 35-39,9 kg/m<sup>2</sup>) e obesidade grau III (IMC igual ou maior que 40 kg/m<sup>2</sup>).

Já em relação à tentativa de suicídio prévia foi utilizada a definição da Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association - APA), que define o suicídio como “ato auto-destrutivo com algum grau de intenção de terminar a própria vida, necessitando de atenção médica ou avaliação de emergência ou hospitalização”<sup>24</sup>.

Os pacientes da pesquisa foram divididos em dois grupos, um com tentativa de suicídio ao longo de sua patologia e outro sem este achado. A confirmação das tentativas de suicídio foi colhida com pacientes, familiares e checagem em prontuários. A partir daí, os grupos foram comparados quanto às suas condições de base e análises estatísticas foram utilizadas para avaliar possíveis relações entre as diversas variáveis nos dois grupos, enfocando na relação entre suicídio e obesidade.

O programa estatístico utilizado foi o pacote Statistical Package for the Social Sciences®, versão 17.0 (SPSS 17.0® Inc, Chicago IL, EUA). Para avaliação da distribuição da normalidade das amostras foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov. Observou-se através desta análise que apenas IMC apresentou distribuição normal, sendo utilizados nestes casos os testes paramétricos, como t de Student para avaliar relação entre IMC e variáveis dicotômicas e ANOVA para análise entre IMC e variáveis categóricas com três ou mais classes. Para as demais variáveis contínuas que não seguiram a distribuição normal, como número de internações,

número de tentativas de suicídio e número de episódios afetivos no último ano, foram utilizados testes não paramétricos, tais como teste de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Na comparação entre variáveis categóricas dicotômicas utilizou-se teste qui-quadrado de Pearson. O nível de significância estatística utilizado foi de 0,05, em conformidade com o valor de erro alfa mais comumente utilizado na literatura médica.

## Resultados

### Análise descritiva

No que concerne aos dados sócio-demográficos a amostra pesquisada foi composta na sua maioria de mulheres (72%, n=36). 46% (n=23) dos sujeitos eram casados. Quanto à renda familiar média, a maioria dos participantes tinha baixa renda, tendo 62% (n=31) dos participantes remuneração familiar de menos de 2 salários mínimos. No que toca à escolaridade, a amostra foi bastante heterogênea, mas mostrou-se que parcela relevante da amostra (38%; n=19) tinha ensino médio completo. Quanto à religião, a maior parte da amostra era formada por católicos (56%; n=28), com uma proporção significativa de evangélicos (32%; n=16). Os dados sócio-demográficos são mostrados em detalhes na Tabela 1.

Analisando os dados clínicos pertinente às patologias de base, tem-se que 78% (n= 39) dos participantes foram diagnosticados com Transtorno Afetivo Bipolar Tipo I (TAB I). Cerca de metade dos sujeitos amostrais apresentaram comorbidades (46%, n=23), sendo estas distribuídas em três classes diagnósticas: 1) 34% (n=17) tinham diagnóstico de dependência de substâncias, incluindo

cigarro; 2) 14% (n=7) eram portadores de transtornos de ansiedade; 3) 12% (n=6) tinham transtornos de personalidade. Perfazendo o total de comorbidades, dois sujeitos foram classificados como tendo “outras comorbidades” (4%, n=2).

**Tabela 1. Características sócio-demográficas da amostra**

Pacientes com transtorno bipolar (n=50)	Nº	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	14	28
Feminino	36	72
<b>Emprego</b>		
Sim	39	78
Não	11	22
<b>Renda familiar</b>		
Menos de 1 salário mínimo	4	8
1-2 salários mínimos	27	54
2-3 salários mínimos	2	4
3-4 salários	8	16
>4 salários	9	18
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	2	4
Ensino fundamental incompleto	9	18
Ensino fundamental completo	2	4
Ensino médio incompleto	5	10
Ensino médio completo	19	38
Ensino superior incompleto	8	16
Ensino superior completo	5	10
<b>Religião</b>		
Católico	28	56
Evangélico	16	32
Espírita	3	6
Outros	3	6

Quando se avaliaram os sujeitos da pesquisa quanto a pensamento suicida anterior ao longo da doença, teve-se que 70% (n=35) dos pacientes já pensaram em por termo à própria vida e, destes, 74,3% (n=26) tentaram suicídio. Da amostra total, 52% (n=26) dos pacientes tentaram suicídio ao longo da doença.

O número médio de tentativa de suicídio foi de 1,72 tentativa (DP=2,8) ao longo da doença. As formas mais comuns de tentativa de suicídio foram intoxicação exógena (34%; n=16) e enforcamento (20%; n=10).

Outras características relacionadas ao transtorno bipolar também foram pesquisadas: a idade média de início da doença foi aos 29,1 anos (DP=11,44); o número médio de internações ao longo da doença foi de 1,7 vezes (DP=1,76); presença de depressão atípica ocorreu em 26% (n=13) dos casos; a maioria dos episódios no início da doença foram depressivos (58%; n=29) e apenas 14% dos pacientes (n=7) foram classificados como cicladores rápidos. História familiar de TAB foi relatada em 48% (n=24) dos entrevistados, enquanto história familiar de suicídio tentado esteve presente em 36% (n=18) dos casos. Os dados clínicos relatados foram resumidos na Tabela 2.

Tabela 2 – Características clínicas da amostra

Pacientes com transtorno bipolar (n=50)	Nº	%
<b>Diagnóstico</b>		
TAB I	39	78
TAB II	11	22
<b>Presença de comorbidades</b>		
Sim	23	46
Não	27	54
<b>Comorbidades</b>		
Dependência de substâncias	17	34
Transtornos de ansiedade	7	14
Transtornos de personalidade	6	12
Outros diagnósticos	2	4
<b>Pensamento suicida prévio</b>		
Sim	37	70
Não	15	30
<b>Tentativa de suicídio prévia</b>		
Sim	26	52
Não	24	48

Pacientes com transtorno bipolar (n=50)	Nº	%
<b>Número de tentativas de suicídio</b>		
0-1	32	64
2-3	13	26
>=4	5	10
<b>Tipos de suicídio</b>		
Intoxicação exógena	17	34
Enforcamento	10	20
Lesão por instrumento perfuro-cortante	5	10
Atropelamento	5	10
Lesão por arma de fogo	2	4
<b>Obesidade</b>		
Sim	19	38
Não	31	62
<b>Classe do IMC</b>		
Baixo peso	2	4
Peso normal	15	30
Sobrepeso	14	28
Obesidade grau I	14	28
Obesidade grau II	4	8
Obesidade grau III	1	2
<b>Depressão atípica</b>		
Sim	13	26
Não	37	74

A média do índice de massa corporal desses pacientes foi de 27,95 kg/m<sup>2</sup> (DP=5,6). Denota-se que 66% (n=33) dos pacientes estão com peso acima do normal, com 38% (n=19) da amostra total classificada com obesidade e 28% (n=31) com sobrepeso. Os pacientes predominantemente encontraram-se com sobrepeso ou obesidade grau I, correspondendo estas duas classes somadas a 84,85% (n=28) dos pacientes que estavam acima do peso normal.

## Análise inferencial

Quando o grupo com tentativa de suicídio foi comparado ao grupo sem tentativa de suicídio, utilizando-se qui-quadrado de Pearson para variáveis categóricas e t de Student para variáveis numéricas, verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ) entre as variáveis relacionadas aos dados sócio-demográficos. Ainda em relação à comparação dos mesmos grupos citados, não houve diferença em relação à presença de sobrepeso ou obesidade, bem como em relação ao IMC médio de cada um deles.

No grupo de pacientes que tinham história familiar de TAB houve maior tentativa de suicídio na família, quando comparado ao grupo de sujeitos sem familiares com esse diagnóstico (qui-quadrado=3,3;  $p=0,048$ ).

Pacientes bipolares com histórico de pensamentos suicidas estavam propensos a ter tentado suicídio ao longo da doença (qui-quadrado: 23,21;  $p=0,000$ ). Ao se avaliar a variável número de episódios no último ano, verificou-se que os pacientes com maior número de episódios durante esse período tiveram uma tendência a histórico positivo de tentativa de suicídio (Mann-Whitney U: 212;  $p=0,045$ ). Ainda de acordo com o exposto, há uma tendência, embora sem significância estatística, no teste exato de Fisher, de que pacientes cicladores rápidos apresentem maior risco de terem previamente tentado suicídio ao longo da doença ( $p=0,062$ ). A comparação entre os pacientes que já tentaram e os que não tentaram suicídio foi resumida na Tabela 3.

**Tabela 3** – Características clínicas entre pacientes com e sem tentativa de suicídio ao longo da doença

Pacientes com transtorno bipolar (n=50)	Com tentativa		Sem Tentativa		p (signif. estatist.)
	N	%	N	%	
<b>Diagnóstico</b>					
TAB I	20	76,9	19	79,4	p=0,848
TAB II	06	23,1	05	20,8	
<b>Presença de comorbidades</b>					
Sim	14	53,8	09	37,5	p=0,191
Não	12	46,2	15	62,5	
<b>Comorbidades</b>					
Dependência de substâncias	10	38,5	07	29,2	p=0,957
Transtornos de ansiedade	04	15,4	03	12,5	
Transtornos de personalidade	04	15,3	02	8,3	
Outros diagnósticos	01	3,8	01	4,2	
<b>Pensamento suicida prévio</b>					
Sim	26	100	09	37,5	p=0,000
Não	00	00	15	62,5	
<b>Obesidade</b>					
Sim	10	38,5	09	37,5	p=0,588
Não	16	61,5	15	62,5	
<b>Classe do IMC</b>					
Baixo peso	01	3,8	01	4,2	P=0,810
Peso normal	07	26,9	08	33,3	
Sobrepeso	08	30,8	06	25	
Obesidade grau I	07	26,9	07	29,2	
Obesid. grau II	03	11,5	01	4,2	
Obesid. grau III	00	00	01	4,2	
<b>Depressão atípica</b>					
Sim	9	34,6	4	16,7	p=0,131
Não	17	65,4	20	83,3	
<b>Ciclagem rápida</b>					
Sim	6	23,1	1	4,2	p=0,062
Não	20	76,9	23	95,8	
<b>Internações prévias</b>					
Sim	19	73,1	15	62,5	p=0,309
Não	7	26,9	9	37,5	

**Tabela 4** – Características clínicas entre pacientes com e sem obesidade

Pacientes com transtorno bipolar (n=50)	Obesos		Não obesos	
	N	%	N	%
<b>Diagnóstico</b>				
TAB I	15	78,9	24	77,4
TAB II	04	21,1	7	22,6
<b>Presença de comorbidades</b>				
Sim	10	52,6	13	41,9
Não	09	47,4	18	58,1
<b>Comorbidades</b>				
Dependência de substâncias	08	42,1	09	29
Transtornos de ansiedade	03	15,8	04	12,9
Transtornos de personalidade	03	15,8	03	9,7
Outros diagnósticos	00	00	02	6,5
<b>Pensamento suicida prévio</b>				
Sim	14	73,7	21	67,7
Não	05	26,3	10	32,3
<b>Tentativa de suicídio prévia</b>				
Sim	10	52,6	16	51,6
Não	09	47,4	15	48,4
<b>Número de tentativas de suicídio</b>				
0-1	14	73,7	18	58,1
2-3	05	26,3	08	25,8
>=4	00	00	05	16,1
<b>Tipos de suicídio</b>				
Intoxicação exógena	07	36,8	10	32,2
Enforcamento	01	5,2	09	29
Lesão por instrumento perfuro-cortante	03	15,8	02	6,4
Atropelamento	03	15,8	02	6,4
Lesão por arma de fogo	00	00	02	6,4
<b>Depressão atípica</b>				
Sim	03	15,8	10	32,3
Não	16	84,2	21	67,7
<b>Ciclagem rápida</b>				
Sim	02	10,5	05	16,1
Não	17	89,5	26	83,9
<b>Internações prévias</b>				
Sim	13	68,4	21	67,7
Não	06	31,6	10	32,3

Quando se comparou pacientes com obesidade e sem obesidade não houve diferenças entre estes grupos, tanto em relação aos dados sócio-demográficos quanto em relação às características clínicas. Os dados desta comparação tiveram seus resultados resumidos na Tabela 4.

## Discussão

Em conformidade com estudos anteriores, foi identificada altas taxas de sobrepeso e obesidade nesta amostra de pacientes com TAB, sendo estas de 28% e 38% respectivamente. Confirmou-se ainda a alta taxa de tentativas de suicídio ao longo da doença, com 52% dos pacientes com este achado. Tais dados são semelhantes aos achados publicados na literatura mundial.

Nesta amostra apenas duas variáveis, pensamento suicida ao longo da doença e o número de episódios ao longo do último ano, estiveram associadas com tentativas de suicídio prévia nos indivíduos pesquisados. Na literatura mundial outros achados, não encontrados nesse estudo, são replicados como fatores de risco potenciais para suicídio em pacientes bipolares: presença de comorbidade com transtornos de personalidade e dependência de substâncias, estado misto, presença de depressão atípica e ciclicidade rápida.

A hipótese de pesquisa, de que pacientes com TAB e sobrepeso/obesidade teriam mais relatos de tentativa de suicídio ao longo da doença, não se mostrou verdadeira. Ainda, obesidade não se

correlacionou com nenhuma das variáveis de pior desfecho clínico, como maior número de internações, maior número de episódios no último ano e idade de início da doença mais precoce. Assim, há divergência entre os achados deste estudo e outros dados publicados, que colocam a obesidade como um fator importante no prognóstico da doença sobre vários aspectos (p. ex: maior número de episódios depressivos/maníacos ao longo da vida; episódios índices mais graves e maior propensão à recorrência, em particular de episódios depressivos).

Uma limitação do estudo foi a pequena quantidade de pacientes participantes, o que pode ter diminuído o poder na avaliação estatística da amostra estudada. A ausência da aplicação de entrevistas estruturadas para diagnóstico poderia levar a uma margem de erro de classificação nosológica, apesar da presença de revisão diagnóstica por dois psiquiatras experientes na área de transtorno afetivo bipolar, o que pode ter contribuído para minimizar esses possíveis erros relatados.

Outra limitação do estudo é o fato de se tratar de um estudo transversal, em que associações de causa e efeito não podem ser inferidas. Com esse desenho de estudo apenas podem ser suscitadas relações entre as variáveis estudadas, sem assumir hipóteses denexo causal entre elas.

Apesar das limitações, a presente pesquisa versa sobre importante temática, ainda pouco estudada na literatura, e evidencia uma alta prevalência de sobrepeso e obesidade nessa amostra, de acordo com os dados da literatura

mundial, o que aponta para a necessidade de acompanhamento rigoroso do ganho de peso nesses pacientes, bem como de intervenção eficazes correlatas. Ainda, o suicídio é outro desfecho clínico comum dos pacientes, sendo mostrado que cerca de metade dos pacientes portadores de TAB tentam suicídio alguma vez ao longo de sua doença.

Assim, carece a literatura de mais estudos que possam contribuir para a elucidação da relação entre TAB, suicídio e obesidade, inclusive tentando diferenciar, com desenhos metodológicos diversos, se possíveis interseções entre esses fatores existem e, em caso positivo, em que direção acontecem. Assumindo a hipótese da existência da relação entre obesidade e pior desfecho psiquiátrico em pacientes bipolares, tal relação poder-se-ia, por exemplo, advir de: 1) um transtorno mais grave com maior número de episódios depressivos, o que levaria a um estilo de vida mais ocioso e conseqüente aumento de peso; 2) maior número de depressões atípicas, que poderiam culminar em hiperfagia e ganho de peso secundário; 3) um transtorno mais grave, com maior necessidade de medicações combinadas, o que sabidamente leva a um maior ganho de peso, em especial com fármacos da classe dos antipsicóticos atípicos e 4) alterações metabólicas inerentes ao TAB em si.

## Conclusão

Os resultados da pesquisa reforçam a relevância das altas taxas de suicídio e obesidade em pacientes com TAB, o que leva à necessidade de contínuas pesquisas

com objetivo de melhor identificar relações entre essas variáveis neste grupo de pacientes. Melhor delineamento dessas questões poderiam trazer intervenções mais precoces e efetivas no sentido de minimizar o impacto que tanto obesidade como o desfecho negativo suicídio podem ter nos pacientes, tanto a nível clínico individual como a nível de saúde pública.

Em relação ao suicídio observaram-se algumas características que poderiam predizer maior risco de tentativa de suicídio em pacientes com TAB, tais como maior número de episódios do humor no último ano e presença de pensamentos suicida ao longo da doença. Na literatura mundial alguns outros achados puderam ser correlacionados com o desfecho suicídio, mas outras variáveis não foram associadas nesse estudo.

Apesar dos altos índices de sobrepeso e obesidade observados no estudo, não foi possível evidenciar clara relação entre as variáveis relacionadas ao peso corporal e àquelas relativas às características clínicas da doença.

## Referências

- Murray CJL, Lopez AD. Global Burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. 1st ed. Boston: Harvard School of Public Health;1996:53-59.
- Kupfer DJ. The increasing medical burden in bipolar disorder. *JAMA*. 2005;293(20):2528-2530.
- Guze SB, Robins E. Suicide and primary affective disorders. *Br J Psychiatry*. 1970;117(539):437-438
- Tondo L, Isacson G, Baldessarini R. Suicidal behaviour in bipolar disorder: risk and prevention. *CNS drugs*. 2003;17(7):491-511.
- Sharma R, Markar HR. Mortality in affective disorder. *J Affect Disord*. 1994;31(2):91-96.
- Inskip HM, Harris EC, Barraclough B. Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1998;172:35-37.
- Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry*. 2000;157(12):1925-1932.
- Barraclough B. Suicide prevention, recurrent affective disorder and lithium *Br J Psychiatry*. 1972;121(563):391-392
- Kemp DE, Gao K, Chan PK, Ganocy SJ, Findling RL, Calabrese JR. Medical comorbidity in bipolar disorder: relationship between illnesses of the endocrine/metabolic system and treatment outcome. *Bipolar Disord*, 2010;12(4):404-413.
- Osby U, Brandt L, Correia N, Ekblom A, Sparén P. Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(9):844-850.
- Soreca I, Fagiolini A, Frank E, Houck PR, Thompson WK, Kupfer DJ. Relationship of general medical burden, duration of illness and age in patients with bipolar I disorder. *J Psychiatr Res*. 2008;42(11):956-961.
- Elmslie JL, Silverstone JT, Mann JI, Williams SM, Romans SE. Prevalence of overweight and obesity in bipolar patients. *J Clin Psychiatry*. 2000;61(3):179-184.
- Fagiolini A, Frank E, Houck PR, Mallinger AG, Swartz HA, Buysse DJ, et al. Prevalence of obesity and weight change during treatment in patients with bipolar I disorder. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(6):528-533.
- Wildes JE, Marcus MD, Fagiolini A. Obesity in patients with bipolar disorder: a biopsychosocial-behavioral model. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(6):904-915.
- Fagiolini A, Kupfer DJ, Houck PR, Novick DM, Frank E. Obesity as a correlate of outcome in patients with bipolar I disorder. *Am J Psychiatry*. 2003;160(1):112-117.
- Kawachi I. Physical and psychological consequences of weight gain. *J Clin Psychiatry*. 1999;60 Suppl 2:5-9.
- Fontaine KR, Barofsky I. Obesity and health-related quality of life. *Obes Rev*. 2001;2(3):173-182.
- Gortmaker SL, Must A, Perrin JM, Sobol AM,

- Dietz WH. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *N Engl J Med.* 1993;329(14):1008-1012.
19. Wolf AM, Colditz GA. Social and economic effects of body weight in the United States. *Am J Clin Nutr.* 1996;63(suppl.3):466-469.
  20. Kim B, Kim SJ, Son JI, Joo YH. Weight change in the acute treatment of bipolar I disorder: a naturalistic observational study of psychiatric inpatients. *J Affect Disord.* 2008;105(1-3):45-52.
  21. Gomes FA, Kauer-Sant'Anna M, Magalhães PV, Jacka FN, Dodd S, Gama CS, et al. Obesity is associated with previous suicide attempts in bipolar disorder. *Acta Neuropsychiatrica.* 2010;22(2):63-67.
  22. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. Washington, DC;2000.
  - 23- World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Publication WHO/NUT/NCS/98.1. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1997.
  - 24- American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviours. *Am J Psychiatry.* 2003;160(suppl. 11):1-60.

---

### **Endereço para correspondência**

#### **Igor Emanuel Vasconcelos**

Hospital de Saúde Mental de Messejana

Rua Vicente Nobre Macedo, S/N –  
Messejana.

E-mail: igorpsiquiatria@yahoo.com.br

E-mail: dr.alexandrelima@gmail.com

E-mail: emiliagerhard@yahoo.com.br

E-mail: gabriela.torquato@yahoo.com.br

E-mail: matcarv01@yahoo.com.br

E-mail: nairtonlc@yahoo.com.br

E-mail: rafaelbaquit@gmail.com

E-mail: tiago-sales@hotmail.com