



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2011/2012

Ana Isabel Martins Machado
Obesidade mórbida e co-morbilidade psiquiátrica

março, 2012

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Ana Isabel Martins Machado
Obesidade mórbida e co-morbilidade psiquiátrica

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Psiquiatria e Saúde Mental

**Trabalho efetuado sob a Orientação de:
Doutora Isabel Maria Boavista Vieira Marques Brandão**

**Trabalho organizado de acordo com as normas da revista
Brasileira de Psiquiatria**

março, 2012

FMUP

Eu, Ana Isabel Matias Machado, abaixo assinado, nº mecanográfico 050801126, estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 31/03/2012

Assinatura: Ana Isabel Matias Machado

Nome: Ama Isabel Martins Machado

Endereço eletrónico: amaizabelimbq@live.com.pt Telefone ou Telemóvel: 963186474

Número do Bilhete de Identidade: 13272880

Título da **Dissertação/Monografia** (cortar o que não interessa):

Obesidade mórbida e co-morbilidade psiquiátrica

Orientador:

Doutora Isabel Maria Beavista Vieira Marques Brondão

Ano de conclusão: 2012

Designação da área do projeto:

Psiquiatria e Saúde Mental

É autorizada a reprodução integral desta Dissertação/Monografia (cortar o que não interessar) para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projetos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 31/03/2012

Assinatura: Ama Isabel Martins Machado

Obesidade mórbida e co-morbilidade psiquiátrica

Índice

Identificação da Monografia.....	3
Resumo.....	4
Abstract.....	5
Introdução.....	6
Discussão.....	7
1. Perfil psicológico do indivíduo com obesidade mórbida.....	7
2. Obesidade mórbida e distúrbios depressivos.....	11
3. Obesidade mórbida e disfunção sexual.....	14
4. Obesidade mórbida e comportamento suicida.....	16
5. Obesidade mórbida e distúrbios alimentares.....	17
Conclusão.....	19
Bibliografia.....	21
Anexos.....	29
Critérios da Revista.....	30
Instruções aos Autores.....	31

Identificação da Monografia

Título do artigo:

Obesidade mórbida e co-morbilidade psiquiátrica

Full title:

Morbid obesity and psychiatric comorbidities

Autores:

Ana Isabel Martins Machado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Isabel Maria Boavista Vieira Marques Brandão, Assistente Hospitalar Convidada, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

Contactos:

Ana Isabel Martins Machado

Rua São Mamede, nº 13

5000-411- Vila Real – Portugal

Telefone: 963186474

Email: anaisabelinha@live.com.pt

Resumo

Este artigo tem como objetivo avaliar de que forma a obesidade mórbida influencia o perfil psicológico dos indivíduos e como se relaciona com certas perturbações psiquiátricas.

A obesidade mórbida é uma doença definida como $IMC \geq 40\text{kg/m}^2$ que apresenta uma prevalência de 4,9 % na população dos EUA.

Os indivíduos com obesidade mórbida são pessoas imaturas, com pouco controlo emocional, baixa auto-estima, com personalidade passivo-dependente e passivo-agressiva. A obesidade está relacionada com a depressão e esta relação é modificada pelo grau de obesidade, idade, género e raça. Há certos aspectos da disfunção sexual que estão associados com a obesidade, sendo que esta associação é mais significativa no sexo feminino. Há uma associação entre obesidade mórbida e tentativa de suicídio, sendo a mesma positiva entre indivíduos do sexo feminino e negativa entre indivíduos do sexo masculino. O BED (binge eating disorder) associa-se a sintomas psicopatológicos e a uma maior gravidade da obesidade.

Conclui-se assim que a obesidade mórbida está relacionada com diversos distúrbios psiquiátricos tais como depressão, disfunção sexual, comportamento suicida e distúrbios alimentares.

Há ainda várias questões que permanecem por esclarecer, nomeadamente no que diz respeito à etiopatogenia desta associação, sendo necessários mais estudos nesse sentido.

Palavras-chave: obesidade mórbida, co-morbilidades psiquiátricas, depressão, distúrbios comportamento alimentar, disfunção sexual, comportamento suicida.

Abstract

This article aims to assess how severe obesity influences the psychological profile of individuals and how it relates to certain psychiatric disorders.

Morbid obesity is a disease defined as $BMI \geq 40\text{kg/m}^2$ which has a prevalence of 4.9% in the U.S. population.

Individuals with morbid obesity are immature people, with little emotional control, low self-esteem, passive-dependent personality and passive-aggressive. Obesity is associated with depression and this relationship is modified by the degree of obesity, age, gender and race. There are certain aspects of sexual dysfunction that are associated with obesity, and this association is more significant in females. There is a positive relationship between morbid obesity and suicide attempt and this relationship is positive among females and negative among males. The BED (binge eating disorder) is associated with psychopathological symptoms and greater severity of obesity.

As a conclusion, we can say that morbid obesity is associated with various psychiatric disorders such as depression, sexual dysfunction, eating disorders and suicidal behavior.

There are still many questions that remain unanswered, particularly regarding the pathogenesis of this association. More research is needed in this direction.

Key words: morbid obesity, psychiatric comorbidities, depression, eating disorders, sexual dysfunction, suicidal behavior.

Introdução

A obesidade é uma doença que é considerada um problema de saúde pública, estando a crescer a uma velocidade alarmante, não apenas no mundo ocidental, mas também nos países de terceiro mundo. Na passagem para o século XXI representava a epidemia com maior prevalência e incidência nos EUA. (1)

A obesidade mórbida é definida como $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ e tem uma prevalência de 4,9% na população dos EUA. Embora o sexo masculino seja mais propenso ao excesso de peso, é no sexo feminino que a obesidade mórbida é mais comum.(2)

Desde sempre se especulou acerca da forma como o IMC afeta o ser humano sob o ponto de vista mental. No entanto, apesar dos efeitos da obesidade na saúde física dos indivíduos estarem amplamente estudados e documentados, o mesmo não acontece nos efeitos que esta entidade tem na saúde mental, em que a informação é inconsistente e algumas vezes contraditória. (3)

É de extrema importância compreender de forma clara e precisa as relações existentes entre a obesidade mórbida e as co-morbilidades psiquiátricas do indivíduo uma vez que o esclarecimento de tal dinâmica poderá revelar-se muito útil na abordagem terapêutica destes doentes.

Este artigo tem como objetivo avaliar de que forma a obesidade mórbida influencia o perfil psicológico dos indivíduos e como se relaciona com certas perturbações psiquiátricas.

Discussão

1. Perfil psicológico do indivíduo com obesidade mórbida

A personalidade pode relacionar-se com a obesidade mórbida de três formas distintas. Em primeiro lugar as características da personalidade podem predispor para comer em demasia, promovendo o ganho de peso, em segundo lugar viver com obesidade mórbida pode influenciar a personalidade, em terceiro e último lugar pode existir uma combinação dos dois mecanismos anteriores.(4, 5)

É uma questão interessante saber se os indivíduos com obesidade mórbida apresentam uma personalidade específica que os diferencie dos restantes.(5) Muitos estudos encontraram subtipos significativos de personalidade entre a população de obesos mórbidos, tendo alguns investigadores concluído que esta população tem uma personalidade diferente da população em geral. (4-8) Há no entanto alguns autores que afirmam que não há nenhum tipo específico de personalidade relacionado com a obesidade, quando comparado com a população normal.(9, 10)

Embora muitos indivíduos com obesidade mórbida não possam ser diagnosticados com um distúrbio da personalidade, há certos traços de personalidade que podem ser observados tais como traços de personalidade passivo-dependentes e passivo-agressivos. (1, 8)

Estes pacientes são muito sensíveis nas relações inter-pessoais e apresentam dificuldade na expressão de sentimentos de raiva. Alguns estudos revelaram imaturidade e diminuição do controlo dos impulsos nos indivíduos obesos mórbidos, havendo ainda evidência que os últimos apresentam um défice na modulação de sentimentos, pensamentos e comportamentos.

(1)

A obesidade mórbida parece estar relacionada com problemas de insegurança, dependência e instabilidade emocional. Esta entidade tende a assumir uma função defensiva nas relações interpessoais, ou seja, as pessoas obesas têm medo da intimidade e criam uma parede à sua volta que acaba por afastar os outros indivíduos. Há nos indivíduos com obesidade mórbida tendência para somatizar, expressando as suas angústias através de queixas físicas, o que pode servir para manter alguma distância das suas emoções. A comida também pode ter o papel de afastar sentimentos dolorosos. É muito frequente encontrar pensamentos dicotómicos nestes indivíduos bem como pensamentos catastróficos.(8)

Há alguma controvérsia acerca da existência de uma psicopatologia específica da obesidade. (11, 12). De uma forma geral há um número de estudos crescentes na literatura que sugerem que a psicopatologia é uma co-morbilidade da obesidade mórbida.(6, 12-14) Os indivíduos obesos mórbidos sofrem consequências físicas, psicológicas e sociais devido ao seu excesso de peso. (15) Geralmente há psicopatologia secundária que surge como uma reação à obesidade mórbida bem como estigmatização e isolamento.(16, 17)

Alguns estudos mostraram que a obesidade mórbida surge associada a graves comorbilidades, que por sua vez acabam por conduzir a uma baixa auto-estima e ao isolamento social.(18-20) Outros, no entanto, mostraram que a população de obesos mórbidos não tem um risco superior de desenvolver psicopatologia, demonstrando que a mesma não é mais prevalente nos obesos em relação à população em geral.(10, 14, 21, 22) Estes resultados podem refletir uma adaptação por parte destes indivíduos a uma situação que é crónica e que por isso assumem que não podem mudar.(23)

É amplamente assumido que a obesidade tem um impacto negativo na auto-estima dos indivíduos, não havendo necessariamente uma relação unidirecional. Assim, se por um lado a obesidade pode contribuir para a baixa auto-estima, por outro também é possível que a baixa

auto-estima contribua para a obesidade, sendo que os comportamentos alimentares inadequados podem surgir como uma resposta a sentimentos de inadequação. (8)

Os indivíduos que sofrem de obesidade mórbida são alvo de estigmatização social e discriminação em grande escala, sendo que a obesidade é associada a consequências psicossociais debilitantes tais como a já referida baixa auto-estima e preconceito social. (24)

Os julgamentos negativos por parte da sociedade em relação a estes indivíduos iniciam-se de forma precoce tal como acontece no jardim infantil em que há o uso de palavras como “estúpido”, “preguiçoso”, “feio” ou “desleixado”. Estas atitudes refletem a ideia implantada na sociedade de que estes indivíduos são responsáveis pela sua condição devido à falta de força e vontade e de auto-controlo. (22)

Além da estigmatização e da baixa integração social estes indivíduos também se debatem com baixas perspetivas de emprego. (19, 25) A obesidade mórbida parece conduzir desta forma a um isolamento social e profissional, sendo que muitos destes indivíduos optam por permanecer em casa em vez de aparecer em público numa tentativa de evitar o sofrimento.(19, 26)

A qualidade de vida refere-se à satisfação do indivíduo em relação à sua vida pessoal e aos efeitos globais dos problemas médicos, físicos e mentais.(27) Alguns estudos sugeriram que há apenas uma pequena redução deste parâmetro em indivíduos obesos mórbidos, o que indicaria que estes lidam razoavelmente com o seu problema de excesso de peso. (22, 28) No entanto, a maior parte dos estudos indicou que a qualidade de vida destes indivíduos é significativamente mais baixa do que a da população em geral. (29, 30)

A psicopatologia surge como co-morbilidade da obesidade mórbida consistindo sobretudo em depressão, ansiedade, diminuição da auto-estima bem como baixo limiar para a frustração, ideação paranóica, obsessão/compulsão, hostilidade e sintomatologia psicossomática.(1)

De uma forma geral poder-se-á afirmar que não há homogeneidade no que diz respeito às características psicológicas dos indivíduos que sofrem de obesidade mórbida. A população destes indivíduos é diversa do ponto de vista psicológico, sendo que alguns são capazes de resistir ao impacto negativo da obesidade mórbida e manter uma boa funcionalidade, enquanto outros são muito afetados de forma negativa pelo seu excesso de peso.(22, 31)

2. Obesidade mórbida e distúrbios depressivos

A obesidade é a doença crónica mais comum na sociedade moderna e a depressão é a condição psicológica mais frequente. Apesar da alta prevalência destas duas condições, a exploração de qualquer associação entre as duas tem sido bastante limitada. A natureza da relação entre obesidade e depressão mantém-se obscura, com os dados a sugerirem uma relação positiva entre as duas ao contrário da hipótese “ fat and jolly ”.(32, 33)

Há alguns mecanismos através dos quais a depressão e a obesidade mórbida poderão estar relacionadas. Os sintomas de depressão relacionam-se de forma significativa com a insatisfação da imagem corporal, que por sua vez é muito frequente nos indivíduos que sofrem de obesidade mórbida.(34)

Apesar dos efeitos da obesidade mórbida na saúde física terem vindo a ser alvo de documentação precisa, os efeitos desta patologia na saúde mental, nomeadamente nos distúrbios depressivos são menos conhecidos. Se a obesidade e a depressão são entidades relacionadas, então um poderá ajudar a perpetuar o outro. (3)

Os estudos disponíveis nesta área, cujo objetivo era estabelecer uma relação entre depressão e obesidade, mostraram resultados algo inconsistentes. Assim sendo, houve estudos que reportaram associação nula entre estas duas variáveis, enquanto outros reportaram uma associação positiva e outros ainda uma associação negativa.(35-39)

Foram investigados os agentes prováveis que modificariam a interação entre obesidade e distúrbios depressivos e foi concluído que um dos prováveis agentes modificadores é o género. Alguns estudos encontraram uma associação positiva entre depressão e ansiedade nas mulheres mas quando se tratava do sexo masculino a relação foi nula. Outros concluíram uma associação positiva no sexo feminino e uma associação negativa no sexo masculino. Por fim

houve estudos que mostraram uma relação nula entre os dois fatores no sexo feminino e uma relação negativa no sexo masculino.(36, 40-43)

O estudo efectuado por M Heo mostrou que 1/7 das mulheres obesas sofriam de humor deprimido, comparadas com 1/14 homens obesos. As razões para esta disparidade observada para os dois géneros podem ficar a dever-se à estigmatização, acesso a cuidados de saúde ou fatores biológicos. Por exemplo, factores biológicos tais como variação genética na susceptibilidade à depressão e obesidade podem ser diferentes entre homens e mulheres.(41)

O grau de obesidade constitui-se como um fator que também pode afetar a interação entre depressão e obesidade mas os estudos existentes acerca desta relação são escassos.(3)

Pode afirmar-se desta forma que o humor deprimido e a obesidade parece ser influenciada pelo grau da obesidade, idade, género e raça, sendo que os dois últimos assumem particular importância. (41)

A obesidade mórbida está associada a um risco aumentado de depressão e a diminuição da qualidade de vida. Num estudo realizado por Anthony N.Fabricatore, foram relatados mais sintomas de depressão e baixa auto-estima em pacientes com obesidade mórbida (IMC=52,7) relativamente a pacientes com um grau de obesidade menor (IMC=36). Este estudo mostrou ainda uma diminuição da qualidade de vida em pacientes obesos mórbidos, o que pode contribuir para aumentar o risco de depressão. Um outro estudo encontrou um aumento da angústia entre os doentes com obesidade mórbida sendo que estes indivíduos tinham quase 5 vezes mais probabilidades de desenvolver um episódio de depressão major quando comparados com indivíduos de peso normal.(40, 44)

Os sintomas depressivos aumentam e a qualidade de vida diminui com o aumento do IMC.(44)

A obesidade mórbida é acompanhada de forma frequente por consequências graves a nível de saúde e de incapacidade física que poderão contribuir para o agravamento da depressão. Por outro lado poderá estabelecer-se a relação inversa, ou seja, a obesidade pode desenvolver-se como resultado da baixa do interesse pela actividade física, aumento do apetite ou aumento do consumo da denominada “ comida de conforto”.(34)

Os indivíduos obesos experienciam muitos dos sintomas da depressão. A estigmatização e discriminação de que são alvo dentro da sociedade causam uma grande angústia, o que combinado com uma má imagem corporal e com tentativas não conseguidas de perder peso podem conduzir a sentimentos de baixa auto-estima, culpa e falha. A obesidade é frequentemente acompanhada por distúrbios do sono, cansaço durante o dia e preocupações acerca da saúde física.(34)

Há inúmeras razões para esperar que a obesidade esteja associada a uma pior saúde mental, sobretudo ansiedade e depressão. Por um lado, a obesidade é estigmatizante tanto por motivos de saúde como por motivos estéticos. Por outro, está associada a problemas de saúde física que constituem fatores de risco para a depressão. Apresenta ainda relação com menores níveis de atividade física, cuja prática aparenta diminuir os níveis de depressão.(36)

A associação entre distúrbios depressivos e obesidade mórbida é mal entendida, havendo resultados inconsistentes na literatura.

3. Obesidade mórbida e disfunção sexual

A disfunção sexual relacionada com a obesidade é uma condição complexa, ligada a uma série de fatores sociais, psicológicos e biológicos.(45)

A disfunção sexual masculina inclui vários problemas como disfunção erétil, ausência de desejo sexual e disfunção orgásmica ou ejaculatória. A incidência da disfunção sexual masculina aumenta com a idade e está associada a várias condições tais como diabetes, abuso do tabaco, síndrome metabólico, hipertensão, doença cardiovascular e obesidade.(46)

A obesidade afeta a função sexual masculina de forma indireta através da indução de algumas co-morbidades associadas à disfunção sexual. A obesidade é também uma entidade endócrina complexa que pode alterar a função sexual de forma independente através de modificações em algumas hormonas sexuais.(46)

A relação entre a obesidade mórbida e a disfunção sexual masculina ainda não está totalmente esclarecida uma vez que há poucos estudos que incluam pacientes com obesidade de grau III, ou seja, com $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$. (47) Estima-se que um homem com obesidade mórbida tenha o mesmo grau de disfunção sexual que um homem não obeso cerca de 20 anos mais velho. (48)

Vários estudos mostraram associação entre disfunção erétil e obesidade. No estudo de Massachusetts Male Aging há evidência de aumento da prevalência global da disfunção erétil de 17% para 45% em indivíduos com $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$. (49) No estudo Health Professionals Follo-up os homens com $IMC > 28,7 \text{ kg/m}^2$ tinham um risco 30% superior de disfunção erétil relativamente aqueles cujo IMC era $< 23,2 \text{ kg/m}^2$. (47)

À semelhança do que acontece nos homens obesos, também nas mulheres obesas pouco é atualmente conhecido acerca da sua função sexual. (45) A função sexual da mulher envolve 3 fases que são: desejo sexual, excitação incluindo lubrificação, e orgasmo. Qualquer distúrbio em cada uma destas fases irá interferir na função sexual como um todo.(45) Um estudo realizado por Kinzl et All concluiu que mais de 50% das mulheres com obesidade referiam queixas de uma grande variedade de problemas sexuais. (50)

Aparentemente as mulheres obesas são mais afetadas pela disfunção sexual do que os homens obesos. (51)

Várias pesquisas sugerem que a obesidade está relacionada com problemas sexuais específicos, tais como falta de desejo sexual, baixa performance sexual e fuga a encontros sexuais. (45, 52)

4. Obesidade mórbida e comportamento suicida

A informação acerca da associação entre obesidade e comportamento suicida é bastante escassa e díspar.(53)

O comportamento suicida abrange os gestos suicidas, as tentativas de suicídio e o suicídio consumado. Os gestos suicidas consistem nos planos de suicídio e ações que têm pouca possibilidade de resultar em morte e incluem a ideação suicida. A tentativa de suicídio corresponde a quaisquer atos contra a própria pessoa que poderão levar à morte caso não sejam interrompidos ou que foram tentativas mal sucedidas. O suicídio consumado, por sua vez, tem como resultado a morte. (54)

Num estudo de C Dong, o risco de tentativa de suicídio aumentou significativamente para os doentes com IMC entre 40 e 50 kg/m² quando comparado com a população em geral, mostrando uma relação sólida entre estas duas variáveis.(53)

A relação entre IMC, tentativa e ideação suicida difere entre homens e mulheres. Entre as mulheres um aumento de 10 unidades no IMC leva a um aumento de risco de ideação e tentativa de suicídio de 22%, enquanto entre os homens um aumento similar leva a uma diminuição de 26% da ideação suicida e de 55% da tentativa de suicídio. Estes achados poderão ser explicados pela maior estigmatização da mulher obesa na cultura Ocidental. (42)

Relativamente ao suicídio consumado, parece haver uma diminuição do risco de comportamentos suicidas em pessoas com resistência à insulina, cuja presença está associada a um IMC elevado. (55) Um estudo de Kenneth M. Carpenter concluiu que o IMC está inversamente relacionado com o suicídio consumado, tanto em homens como em mulheres. (42)

5. Obesidade mórbida e distúrbios alimentares

Os indivíduos com obesidade mórbida podem frequentemente apresentar padrões de alimentação compulsiva, os quais podem incluir “grazing” e BED. (1)

“Grazing” consiste na ingestão de pequenas quantidades de alimentos de forma contínua durante todo o dia. (56)

BED (“binge eating” disorder) é um distúrbio alimentar caracterizado por episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva, num período de tempo que tenha ocorrido pelo menos 2 dias por semana nos últimos 6 meses; ingestão de uma grande quantidade de comida muito superior à quantidade que a maioria da população ingeriria num período de tempo semelhante e nas mesmas circunstâncias; sensação de perda de controlo sobre a alimentação durante o episódio. Nos episódios de BED geralmente a ingestão de alimentos é rápida e feita na ausência de fome e o doente tem tendência a comer sozinho pelo fato de se sentir envergonhado pela sua atitude. Estes indivíduos normalmente sentem repulsa por si próprios e são acompanhados por um sentimento de culpa que surge após a ingestão alimentar. Este distúrbio alimentar não se relaciona com comportamentos compensatórios dirigidos para a perda de peso, tais como exercício físico, uso de laxantes, indução do vômito, jejum. (57)

O BED é um distúrbio alimentar que afeta cerca de 2,5% da população geral e até 30% da população obesa que recorre a serviços especializados para tratamento da obesidade. Entre os pacientes candidatos a cirurgia bariátrica esta prevalência pode variar entre 27% e 47%, apesar de nas amostras mais recentes de pacientes candidatos a esta cirurgia a prevalência de BED parecer estar a descer. Estas prevalências sugerem que há uma relação positiva entre obesidade mórbida e BED.(58, 59)

Este distúrbio constitui uma dificuldade no tratamento dos pacientes obesos uma vez que os indivíduos com estes episódios tendem a interromper de forma prematura os tratamentos pela sua incapacidade de controlar a ingestão alimentar. (58)

O BED relaciona-se com sintomas psicopatológicos, com uma maior gravidade da obesidade, bem como com um mau funcionamento social e ocupacional. (58)

Num de Hsu et al foi concluído que mulheres obesas com BED, quando comparadas com mulheres obesas sem BED, tinham tido um início de obesidade mais precoce, mais variações de peso, menor auto-estima e maior co-morbilidade psiquiátrica. (60)

Vários estudos associaram o BED a uma maior taxa de distúrbios psiquiátricos, enquanto outros revelaram a inexistência de diferença na prevalência de depressão entre BED e não BED.(60-64)

Conclusão

Os indivíduos com obesidade mórbida têm uma personalidade que aparenta ser diferente da personalidade da população em geral, tendo sido descritos como pessoas imaturas, com pouco controlo emocional, baixa auto-estima, com personalidade passivo-dependente e passivo-agressiva. Têm tendência a somatizar, bem como a negar e evitar problemas e possuem pensamento rígido, catastrófico e dicotómico.(1)

A obesidade está associada de forma significativa a uma série de distúrbios do humor e ansiedade. A interacção entre estas variáveis é modificada pelo grau de obesidade, pela idade, género e raça, assumindo as duas últimas especial importância.(41)

A disfunção sexual tem sido associada à obesidade, especificamente a falta de desejo e baixa performance sexual, bem como fuga a encontros sexuais. Esta associação verifica-se em ambos os sexos, sendo no entanto, mais significativa no sexo feminino. (46,52,53)

Parece existir uma relação positiva entre obesidade mórbida e tentativa de suicídio. A associação entre IMC e tentativa/ideação suicida assume contornos distintos entre homens e mulheres, sendo que no sexo feminino um aumento do IMC conduz a um aumento das duas variáveis referidas. Já no caso do sexo masculino a relação é inversa. No que diz respeito ao suicídio consumado parece existir entre este e a obesidade uma relação negativa em ambos os sexos. (43)

O BED está relacionado com sintomas psicopatológicos e com uma maior severidade da obesidade, sendo que a prevalência deste distúrbio é superior em indivíduos obesos relativamente aos indivíduos não obesos. (59,60)

Apesar de haver na literatura várias tentativas de estabelecer relações entre o IMC e os distúrbios psiquiátricos, há ainda várias questões que permanecem por esclarecer,

nomeadamente no que diz respeito à etiopatogenia desta associação, sendo necessários mais estudos nesse sentido.

A compreensão clara da associação entre obesidade mórbida e co-morbilidades psiquiátricas assume um papel importante uma vez que as intervenções, quer médicas, quer cirúrgicas, direcionadas à perda de peso poderão beneficiar com o tratamento integrado destas alterações, contribuindo ainda para uma melhor qualidade de vida dos indivíduos.

As co-morbilidades mentais dos indivíduos com obesidade mórbida estão associadas a um maior uso dos sistemas de saúde e a uma pior qualidade de vida, o que denota a necessidade de melhorar os diagnósticos e o tratamento dos mesmos.(65)

Bibliografia

1. van Hout GC, van Oudheusden I, van Heck GL. Psychological profile of the morbidly obese. *Obes Surg.* 2004;14(5):579-88.
2. Petry NM, Barry D, Pietrzak RH, Wagner JA. Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychosom Med.* 2008;70(3):288-97.
3. Keddie AM. Associations between severe obesity and depression: results from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2005-2006. *Prev Chronic Dis.* 2011;8(3):A57. Epub 2011/04/12.
4. Larsen F, Torgersen S. Personality changes after gastric banding surgery for morbid obesity. A prospective study. *J Psychosom Res.* 1989;33(3):323-34.
5. Guisado JA, Vaz FJ. Personality profiles of the morbidly obese after vertical banded gastroplasty. *Obes Surg.* 2003;13(3):394-8.
6. Maddi SR, Fox SR, Khoshaba DM, Harvey RH, Lu JL, Persico M. Reduction in psychopathology following bariatric surgery for morbid obesity. *Obes Surg.* 2001;11(6):680-5.
7. Horchner R, Tuinebreijer WE, Kelder H, van Urk E. Coping behavior and loneliness among obese patients. *Obes Surg.* 2002;12(6):864-8.
8. Glinski J, Wetzler S, Goodman E. The psychology of gastric bypass surgery. *Obes Surg.* 2001;11(5):581-8.

9. Fox KM, Taylor SL, Jones JE. Understanding the bariatric surgical patient: a demographic, lifestyle and psychological profile. *Obes Surg.* 2000;10(5):477-81.
10. Stunkard AJ, Wadden TA. Psychological aspects of severe obesity. *Am J Clin Nutr.* 1992;55(2 Suppl):524S-32S.
11. Segal A, Libanori HT, Azevedo A. Bariatric surgery in a patient with possible psychiatric contraindications. *Obes Surg.* 2002;12(4):598-601.
12. Maddi SR, Khoshaba DM, Persico M, Bleecker F, VanArsdall G. Psychosocial correlates of psychopathology in a national sample of the morbidly obese. *Obes Surg.* 1997;7(5):397-404.
13. Black DW, Goldstein RB, Mason EE. Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. *Am J Psychiatry.* 1992;149(2):227-34.
14. Papageorgiou GM, Papakonstantinou A, Mamplekou E, Terzis I, Melissas J. Pre- and postoperative psychological characteristics in morbidly obese patients. *Obes Surg.* 2002;12(4):534-9.
15. Ryd, eaccute, n O, Hedenbro J, Frederiksen S. Weight Loss After Vertical Banded Gastroplasty Can Be Predicted: A Prospective Psychological Study. *Obes Surg.* 1996;6(3):237-43.
16. Andrews G. The Post-surgical Treatment of the Bariatric Patient: Helping the Patient Succeed. *Obes Surg.* 1996;6(5):426-9.
17. Flanagan SA. Obesity: The Last Bastion of Prejudice. *Obes Surg.* 1996;6(5):430-7.

18. Hsu LK, Benotti PN, Dwyer J, Roberts SB, Saltzman E, Shikora S, et al. Nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review. *Psychosom Med.* 1998;60(3):338-46.
19. Martin LF. The biopsychosocial characteristics of people seeking treatment for obesity. *Obes Surg.* 1999;9(3):235-43.
20. Deitel M. Overlooked problems in morbidly obese patients. *Obes Surg.* 2001;11(5):541.
21. Pessina A, Andreoli M, Vassallo C. Adaptability and compliance of the obese patient to restrictive gastric surgery in the short term. *Obes Surg.* 2001;11(4):459-63.
22. Vallis TM, Butler GS, Perey B, Veldhuyzen van Zanten SJ, MacDonald AS, Konok G. The role of psychological functioning in morbid obesity and its treatment with gastroplasty. *Obes Surg.* 2001;11(6):716-25.
23. Kral JG, Sjostrom LV, Sullivan MB. Assessment of quality of life before and after surgery for severe obesity. *Am J Clin Nutr.* 1992;55(2 Suppl):611S-4S.
24. Dymek MP, 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.* 2001;11(1):32-9.
25. 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):1008-12.
26. Buchwald H. Mainstreaming bariatric surgery. *Obes Surg.* 1999;9(5):462-70.

27. Shai I, Henkin Y, Weitzman S, Levi I. Determinants of long-term satisfaction after vertical banded gastroplasty. *Obes Surg.* 2003;13(2):269-74.
28. Horchner R, Tuinebreijer MW, Kelder PH. Quality-of-life assessment of morbidly obese patients who have undergone a Lap-Band operation: 2-year follow-up study. Is the MOS SF-36 a useful instrument to measure quality of life in morbidly obese patients? *Obes Surg.* 2001;11(2):212-8; discussion 9.
29. de Zwaan M, Lancaster KL, Mitchell JE, Howell LM, Monson N, Roerig JL, et al. Health-related quality of life in morbidly obese patients: effect of gastric bypass surgery. *Obes Surg.* 2002;12(6):773-80.
30. Larsen JK, Geenen R, van Ramshorst B, Brand N, de Wit P, Stroebe W, et al. Psychosocial functioning before and after laparoscopic adjustable gastric banding: a cross-sectional study. *Obes Surg.* 2003;13(4):629-36.
31. Fitzgibbon ML, Stolley MR, Kirschenbaum DS. Obese people who seek treatment have different characteristics than those who do not seek treatment. *Health Psychol.* 1993;12(5):342-5.
32. Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ. Are the obese at greater risk for depression? *Am J Epidemiol.* 2000;152(2):163-70.
33. Katz JR, Taylor NF, Goodrick S, Perry L, Yudkin JS, Coppack SW. Central obesity, depression and the hypothalamo-pituitary-adrenal axis in men and postmenopausal women. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2000;24(2):246-51.
34. Dixon JB, Dixon ME, O'Brien PE. Depression in association with severe obesity: changes with weight loss. *Arch Intern Med.* 2003;163(17):2058-65.

35. Hach I, Ruhl UE, Klotsche J, Klose M, Jacobi F. Associations between waist circumference and depressive disorders. *J Affect Disord.* 2006;92(2-3):305-8.
36. Jorm AF, Korten AE, Christensen H, Jacomb PA, Rodgers B, Parslow RA. Association of obesity with anxiety, depression and emotional well-being: a community survey. *Aust N Z J Public Health.* 2003;27(4):434-40.
37. Roberts RE, Deleger S, Strawbridge WJ, Kaplan GA. Prospective association between obesity and depression: evidence from the Alameda County Study. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2003;27(4):514-21.
38. Li ZB, Ho SY, Chan WM, Ho KS, Li MP, Leung GM, et al. Obesity and depressive symptoms in Chinese elderly. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2004;19(1):68-74.
39. Ho RC, Niti M, Kua EH, Ng TP. Body mass index, waist circumference, waist-hip ratio and depressive symptoms in Chinese elderly: a population-based study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2008;23(4):401-8.
40. Onyike CU, Crum RM, Lee HB, Lyketsos CG, Eaton WW. Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol.* 2003;158(12):1139-47.
41. Heo M, Pietrobelli A, Fontaine KR, Sirey JA, Faith MS. Depressive mood and obesity in US adults: comparison and moderation by sex, age, and race. *Int J Obes (Lond).* 2006;30(3):513-9.
42. Carpenter KM, Hasin DS, Allison DB, Faith MS. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *American journal of public health.* 2000;90(2):251-7.

43. Gariepy G, Wang J, Lesage AD, Schmitz N. The longitudinal association from obesity to depression: results from the 12-year National Population Health Survey. *Obesity* (Silver Spring, Md). 2010;18(5):1033-8.
44. Fabricatore AN, Wadden TA, Sarwer DB, Faith MS. Health-related quality of life and symptoms of depression in extremely obese persons seeking bariatric surgery. *Obes Surg*. 2005;15(3):304-9.
45. Assimakopoulos K, Panayiotopoulos S, Iconomou G, Karaivazoglou K, Matzaroglou C, Vagenas K, et al. Assessing sexual function in obese women preparing for bariatric surgery. *Obes Surg*. 2006;16(8):1087-91.
46. McVary KT. Clinical practice. Erectile dysfunction. *N Engl J Med*. 2007;357(24):2472-81.
47. Diaz-Arjonilla M, Schwarcz M, Swerdloff RS, Wang C. Obesity, low testosterone levels and erectile dysfunction. *Int J Impot Res*. 2009;21(2):89-98.
48. Dallal RM, Chernoff A, O'Leary MP, Smith JA, Braverman JD, Quebbemann BB. Sexual dysfunction is common in the morbidly obese male and improves after gastric bypass surgery. *J Am Coll Surg*. 2008;207(6):859-64.
49. Feldman HA, Johannes CB, Derby CA, Kleinman KP, Mohr BA, Araujo AB, et al. Erectile dysfunction and coronary risk factors: prospective results from the Massachusetts male aging study. *Prev Med*. 2000;30(4):328-38.
50. Kinzl JF, Trefalt E, Fiala M, Hotter A, Biebl W, Aigner F. Partnership, sexuality, and sexual disorders in morbidly obese women: consequences of weight loss after gastric banding. *Obes Surg*. 2001;11(4):455-8.

51. Kolotkin RL, Crosby RD, Gress RE, Hunt SC, Adams TD. Two-year changes in health-related quality of life in gastric bypass patients compared with severely obese controls. *Surgery for obesity and related diseases : official journal of the American Society for Bariatric Surgery*. 2009;5(2):250-6.
52. Dymek MP, Le Grange D, Neven K, Alverdy J. Quality of life after gastric bypass surgery: a cross-sectional study. *Obes Res*. 2002;10(11):1135-42.
53. Dong C, Li WD, Li D, Price RA. Extreme obesity is associated with attempted suicides: results from a family study. *Int J Obes (Lond)*. 2006;30(2):388-90.
54. <http://www.manualmerck.net/?id=111>.
55. Magnusson PK, Rasmussen F, Lawlor DA, Tynelius P, Gunnell D. Association of body mass index with suicide mortality: a prospective cohort study of more than one million men. *Am J Epidemiol*. 2006;163(1):1-8.
56. Camps MA, Zervos E, Goode S, Rosemurgy AS. Impact of Bariatric Surgery on Body Image Perception and Sexuality in Morbidly Obese Patients and their Partners. *Obes Surg*. 1996;6(4):356-60.
57. Riener R, Schindler K, Ludvik B. Psychosocial variables, eating behavior, depression, and binge eating in morbidly obese subjects. *Eat Behav*. 2006;7(4):309-14.
58. Petribu K, Ribeiro ES, Oliveira FM, Braz CI, Gomes ML, Araujo DE, et al. [Binge eating disorder in a population of morbid obese candidates to bariatric surgery at the Oswaldo Cruz University Hospital in Recife, PE]. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2006;50(5):901-8.

59. Sansone RA, Schumacher D, Wiederman MW, Routsong-Weichers L. The prevalence of binge eating disorder and borderline personality symptomatology among gastric surgery patients. *Eat Behav.* 2008;9(2):197-202.
60. Hsu LK, Mulliken B, McDonagh B, Krupa Das S, Rand W, Fairburn CG, et al. Binge eating disorder in extreme obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2002;26(10):1398-403.
61. Cargill BR, Clark MM, Pera V, Niaura RS, Abrams DB. Binge eating, body image, depression, and self-efficacy in an obese clinical population. *Obes Res.* 1999;7(4):379-86.
62. Fassino S, Leombruni P, Piero A, Abbate-Daga G, Giacomo Rovera G. Mood, eating attitudes, and anger in obese women with and without Binge Eating Disorder. *J Psychosom Res.* 2003;54(6):559-66.
63. French SA, Jeffery RW, Sherwood NE, Neumark-Sztainer D. Prevalence and correlates of binge eating in a nonclinical sample of women enrolled in a weight gain prevention program. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1999;23(6):576-85.
64. Telch CF, Agras WS. Obesity, binge eating and psychopathology: are they related? *Int J Eat Disord.* 1994;15(1):53-61.
65. Baumeister H, Harter M. Mental disorders in patients with obesity in comparison with healthy probands. *Int J Obes (Lond).* 2007;31(7):1155-64.

Anexos

Critérios da Revista

Instruções aos Autores

Escopo e Política

A *Revista Brasileira de Psiquiatria* (RBP) – ISSN 1516-4446 – é uma publicação trimestral da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), com a finalidade publicar trabalhos originais de todas as áreas da psiquiatria, com ênfase às áreas de saúde pública, epidemiologia clínica, ciências básicas e problemas de saúde mental relevantes em nosso meio. Além dos números regulares, a RBP publica dois suplementos anuais, voltados principalmente à atualização clínica. Na seleção dos artigos para publicação, avaliam-se a originalidade, a relevância do tema e a qualidade da metodologia científica utilizada, além da adequação às normas editoriais adotadas pela revista. Todos os artigos publicados serão revisados por pareceristas anônimos. A decisão sobre a aceitação do artigo para publicação ocorrerá, sempre que possível, no prazo de três meses a partir da data de seu recebimento. O conteúdo do material enviado para publicação na RBP não poderá ter sido publicado anteriormente, nem submetido para publicação em outras revistas. Para serem publicados em outras revistas, ainda que parcialmente, necessitarão de aprovação por escrito dos Editores. Os conceitos e declarações contidos nos trabalhos são de total responsabilidade dos autores. Artigos de revisão, atualização ou cartas devem ser redigidos em inglês, português ou espanhol. Artigos originais e comunicações breves devem ser redigidos apenas em inglês. O artigo deve se enquadrar em uma das diferentes categorias de artigos da revista.

São aceitos para publicação:

Editorial: comentário crítico e aprofundado, preparado a convite dos Editores e/ou submetido por pessoa com notória vivência sobre o assunto abordado. Os editoriais podem conter até 900 palavras e 5 referências.

Artigos originais: apresentam resultados inéditos de pesquisa, constituindo trabalhos completos que contêm toda a informação relevante para o leitor que deseja repetir o trabalho do autor ou avaliar seus resultados e conclusões; os artigos podem conter até 5.000 palavras, excluindo-se tabelas, figuras e referências. A soma de tabelas e figuras não deve ultrapassar o total de 6. Tabelas, gráficos, figuras excedentes, descrições de instrumentos de pesquisa, ou mesmo novos instrumentos na íntegra podem ficar disponíveis no site da Associação Brasileira de Psiquiatria a critério dos editores e com a concordância dos autores. São permitidas até 40 referências bibliográficas. A sua estrutura formal deve apresentar os seguintes tópicos: Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusões. O uso de subtítulos é recomendado particularmente na discussão do artigo. Implicações clínicas e limitações do estudo devem ser apontadas. Sugere-se, quando apropriado, o detalhamento do tópico "Método", informando o desenho do estudo (*design*), local onde foi realizado (*setting*), participantes do estudo (*participants*), desfechos clínicos de interesse (*main outcome measures*), intervenção (*intervention*) e aprovação pelo Comitê de Ética e o número do processo. Para esses artigos, deve-se apresentar um resumo estruturado com no máximo 200 palavras e subdivisões obedecendo a apresentação formal do artigo: Objetivo (*Objective*), Método (*Method*), Resultados (*Results*) e Conclusões (*Conclusions*). Os artigos originais devem ser encaminhados apenas em inglês.

Comunicações breves: artigos originais, porém mais curtos, abordando campos de interesse para a psiquiatria, com resultados preliminares ou de relevância imediata; devem ter até 1.500 palavras. Incluir resumo seguindo o modelo dos artigos originais e, no máximo, uma tabela ou

figura, além de, no máximo, 15 referências bibliográficas. As comunicações breves devem ser encaminhadas apenas em inglês.

Artigos de revisão: preferencialmente solicitados pelos Editores a especialistas da área. Submissões serão bem-vindas mediante consulta prévia aos Editores com apresentação do tema e resumo (*abstract*). Esses artigos são avaliações sistemáticas, críticas, das fontes da literatura e dos dados, destinando-se a englobar e avaliar criticamente os conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, comentando trabalhos de outros autores. A estratégia de busca e o processo de seleção devem ser descritos em detalhes no artigo, inclusive uma descrição dos critérios de inclusão/exclusão; devem ter até 6.000 palavras, excluindo-se tabelas, figuras e referências. A soma de tabelas e figuras não deve ultrapassar o total de 6 (seis). Não há limite para o número de referências bibliográficas. O texto do artigo deve conter Introdução, Método, Discussão, Conclusão e outras subdivisões, se necessárias (Ex: "Quadro clínico", "Tratamento"). Esses artigos devem apresentar resumo estruturado com no máximo 200 palavras e subdivisões obedecendo a apresentação formal do artigo: Objetivo (*Objective*), Método (*Method*), Discussão (*Discussion*) e Conclusões (*Conclusions*).

Artigos de atualização: destinados a abordar informações atuais relevantes à prática clínica; menos completos que os artigos de revisão; devem conter até 2.000 palavras, apresentar um resumo estruturado com no máximo 200 palavras e até 30 referências bibliográficas.

Artigos especiais: são artigos escolhidos a critério dos editores, que seguem o formato de revisões ou atualizações, mas que serão publicados preferencialmente em inglês por serem de interesse para a comunidade científica internacional. Submissões serão bem-vindas mediante consulta prévia aos Editores com apresentação do tema e resumo (*abstract*). Situações especiais quanto ao formato deverão ser tratadas com o corpo editorial da revista.

Cartas: relatos de casos peculiares, opiniões e comentários sobre o conteúdo da revista, sua linha editorial ou sobre temas de relevância científica; os textos devem ser breves com, no máximo, 500 palavras. Podem ser comentários sobre material publicado na revista ou trazer dados novos e observações clínicas. Apenas uma tabela e uma figura são permitidas e, no máximo, cinco referências. Todos os autores (máximo de cinco) devem assinar a carta. Casos referentes a intervenções (diagnósticas ou terapêuticas) em seres humanos serão aceitos da seguinte forma: (1) Nas condições em que existir a possibilidade de o paciente assinar um termo de consentimento, esta é a documentação preferencial. Isto inclui paciente que de imediato o clínico vê interesse no seu relato e que está acessível quando da decisão pelo clínico do relato; (2) Nas condições em que o paciente não tiver a possibilidade de assinar. Isto inclui casos em que o paciente já teve alta ou está inacessível ou por alguma razão não apresenta condições cognitivas de ler ou assinar uma documentação nem seus familiares. Neste caso, duas alternativas serão aceitas: uma carta da comissão de ética do Hospital ou da Instituição na qual o médico atendeu o caso; em casos que não houver esta comissão, uma carta assinada pelo médico responsabilizando-se pela divulgação dos dados e explicitamente demonstrando que está tomando todos os cuidados para tornar o caso não identificável, trocando e omitindo dados que permitam a sua identificação.

Resenhas: revisão crítica de livros recém-publicados, orientando o leitor quanto a suas características e usos potenciais; devem ser breves, preparadas por especialistas da área, constituindo um resumo comentado, com opiniões que possam dar uma visão geral da obra. Os textos devem ser relacionados à área de psiquiatria. Antes do texto, deve-se incluir a referência bibliográfica completa da obra resenhada e no final, a assinatura, titulação acadêmica e filiação institucional do autor da resenha.

Suplementos: a convite dos Editores. Com temas específicos relevantes à atualização clínica, são compostos por um editorial ou apresentação e seis artigos (salvo exceções aprovadas pelos Editores). Os artigos devem ter até 5.000 palavras, excluindo-se tabelas, figuras e referências. A soma de tabelas e figuras não deve ultrapassar o total de 6. Não há limite para o número de referências bibliográficas. Devem apresentar resumo estruturado com no máximo 200 palavras. São publicados em português na versão impressa e em português e inglês na versão on-line.

A RBP segue as novas regras do Medline que requerem divulgar as informações sobre possíveis conflitos de interesse de cada autor e editor convidado dos suplementos. Deverão ser relatadas quaisquer atividades vinculadas a organizações comerciais de saúde mental nos últimos três anos.

As normas que se seguem foram baseadas no formato proposto pelo *International Committee of Medical Journal Editors* e publicado no artigo: *Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals*, que foi atualizado em outubro de 2004 e está disponível no endereço eletrônico <http://www.icmje.org/>.

Para apresentação de ensaios clínicos randomizados, recomenda-se que o trabalho esteja em conformidade com o CONSORT guidelines (Begg C, Cho N, Eastwood S, et al. Improving the quality of reporting of randomized clinical trials: the CONSORT statement. *JAMA*. 1996;276:637-9). Uma lista de verificação está disponível no website do JAMA: <http://jama.ama-assn.org>.

É desejável que os ensaios estejam registrados em um dos registros públicos de ensaios aceitos pelo ICMJE (<http://www.icmje.org/faq.pdf>). Para este fim, um ensaio clínico é qualquer estudo que atribua indivíduos humanos prospectivamente a grupos de intervenção ou

de comparação para avaliar a relação de causa e efeito entre uma intervenção médica e um desfecho de saúde. Os estudos desenhados para outros propósitos, como estudar a farmacocinética ou a toxicidade principal (e.g., ensaios clínicos de fase I) estão isentos.

Os ensaios devem ter sido registrados no início ou antes da inscrição para qualquer ensaio clínico que começaram a inscrição de pacientes em Julho de 2005 ou depois.

Para os ensaios que começaram a inscrição dos pacientes antes de Julho de 2005, a RBP considerará tais ensaios clínicos somente se eles tiverem sido registrados adequadamente antes da submissão do periódico. Eles devem ser registrados antes do início da submissão de um artigo baseado no ensaio ou antes da inclusão de pacientes - para aqueles com início após julho de 2005. Os estudos desenhados para outros propósitos, tais como estudar a farmacocinética ou a toxicidade principal (eg, ensaios clínicos de fase 1) estão isentos.

O nome e o número de registro, assim como a URL, devem ser incluídos ao final do resumo e no formulário de submissão do artigo. Os autores devem incluir uma declaração na seção Método informando que há um registro, o sítio do registro e o número de registro do ensaio clínico.

Os ensaios clínicos devem ser registrados em um dos seguintes registros:

- Australian Clinical Trials Registry <http://actr.org.au>
- Clinical Trials <http://www.clinicaltrials.gov/>
- Netherlands Trial Register <http://www.trialregister.nl/trialreg/index.asp>
- UMIN Clinical Trials Registry <http://www.umin.ac.jp/ctr>

Requisitos técnicos

Devem ser enviados:

a) arquivo word, digitado em espaço duplo, fonte tamanho 12, margem de 2,5 cm de cada lado, com páginas numeradas em algarismos arábicos, iniciando-se cada seção em uma nova página, na seqüência: página de título, resumo e descritores, texto, agradecimentos, referências, tabelas e legendas - exclui-se imagens, que devem ser enviadas em formato jpg ou tiff;

b) permissão para reprodução do material;

c) carta assinada por todos os autores no termo em que se afirme o ineditismo do trabalho. A falta de assinatura será interpretada como desinteresse ou desaprovação à publicação determinando a exclusão editorial do nome dessa pessoa da relação de autores.

d) endereço completo do autor correspondente.

Modelo de Carta de Transferência de Direitos Autorais (permissão para reprodução do material)

"Eu/Nós... autor(es) do trabalho intitulado..., o qual submeto(emos) à apreciação da Revista Brasileira de Psiquiatria, concordo(amos) que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da Associação Brasileira de Psiquiatria, sendo vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação impressa sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada por escrito e obtida junto à ABP. Data:...
Assinatura:..."

Critérios de autoria

Todas as pessoas designadas como autores devem ter participado suficientemente do trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo. O crédito de autoria deve ser baseado somente em: 1) contribuições substanciais para concepção e delineamento, coleta de

dados ou análise e interpretação de dados; 2) redação ou revisão crítica do artigo em relação ao conteúdo intelectualmente importante; 3) aprovação final da versão a ser publicada. A inclusão de um novo autor só será permitida antes do recebimento do primeiro parecer e mediante uma carta assinada por todos os demais autores justificando a esta inclusão.

Preparo do Manuscrito

- **Página de identificação:** Deve conter: a) Título do artigo, em português (ou espanhol) e inglês, que deverá ser conciso, porém informativo; b) resumo do título do artigo com cerca de 40 caracteres para a vinheta de identificação (*running title*); c) nome completo de cada autor e afiliação institucional; d) nome do departamento e instituição aos quais o trabalho deve ser atribuído; e) nome, endereço, fax e e-mail do autor responsável e a quem deve ser encaminhada correspondência; f) fontes de auxílio à pesquisa (financiamento). Todo o apoio financeiro e material para a pesquisa e o trabalho deve ser clara e completamente identificado na tabela Financiamento e Conflitos de Interesse do manuscrito (logo abaixo). O papel específico da organização financiadora ou patrocinadora em cada um dos seguintes aspectos deve ser especificado: desenho e condução do estudo; coleta, gerenciamento e interpretação dos dados; e preparação, revisão ou aprovação do manuscrito; g) potenciais conflitos de interesse. Pode existir um conflito de interesse quando um autor – ou a instituição ou o empregador do autor – possui relações ou filiações financeiras ou pessoais que poderiam influenciar ou enviesar as decisões, trabalho ou artigo do autor. Solicita-se que todos os autores declarem todos os potenciais conflitos de interesse no formato da tabela Financiamento e Conflitos de Interesse (a seguir), incluindo interesses

financeiros e relações e filiações específicas – além daquelas filiações listadas na página de título do artigo – relevantes para o assunto do seu artigo.

Membro do grupo de autores	doLocal de trabalho	deVerba de pesquisa¹	deOutro apoio à pesquisa ou educação médica continuada²	àHonorários Participação acionária	Consulor/ Conselho consultivo	Outro³
-----------------------------------	----------------------------	--	---	---	--------------------------------------	--------------------------

* *Modesto*

** *Significativa*

*** *Significativa. Montantes fornecidos à instituição do autor ou a colega para pesquisa onde o autor tem participação, não diretamente ao autor.*

Esta tabela representa as relações dos membros do grupo de autores que podem ser percebidas como conflitos de interesse efetivos ou razoavelmente percebidos nos últimos três anos e no futuro previsível, especialmente os que estejam presentes no período em que a pesquisa foi desenvolvida e no período de sua publicação. Uma relação é considerada como "significativa" se (a) a pessoa recebe R\$ 15 mil ou mais durante um período de 12 meses ou montante igual a 5% ou mais da renda bruta da pessoa no mesmo período; ou (b) a pessoa possui participação acionária mesmo que sem direito a voto em empresa não apenas do ramo farmacêutico, mas qualquer uma que esteja ligada ao desenvolvimento de tecnologia que possa estar associada a conflito de interesses. Uma relação é considerada como "modesta" se é menos do que "significativa" de acordo com a definição precedente. No caso de participação em mais de um nível para a mesma empresa (exemplo, honorários de palestra + participação em conselho consultivo), a definição de relação significativa baseia-se no somatório do montante recebido durante um período de 12 meses (considerar ambas as

atuações como significativas, mesmo que o limiar de relação significativa só seja ultrapassado com o somatório dos montantes recebidos).

¹ Neste campo, incluir apoio à pesquisa proveniente de qualquer agência financiadora, empresa do ramo farmacêutico, ou qualquer outra que esteja ligada ao desenvolvimento de tecnologia ou posicionamento ideológico que possa estar associada a conflito de interesses, tanto com montantes pagos diretamente ao autor, ou com montantes pagos ao programa, departamento, ou organização não governamental (mesmo que sem fins lucrativos) no qual o autor esteja diretamente vinculado como parte com poder decisório (não incluir associações ou entidades de classe das quais o autor é membro, mas não participa da diretoria com poder decisório imediato). Incluir verba recebida por colega desde que o autor faça parte da pesquisa contemplada. A descrição de relação como modesta ou significativa segue as definições precedentes.

² Neste campo, incluir qualquer outro apoio à pesquisa ou educação médica continuada, seja de empresa do ramo farmacêutico, ou qualquer uma que esteja ligada ao desenvolvimento de tecnologia ou posicionamento ideológico que possa estar associada a conflito de interesses gerando benefícios/bens doados **ao autor, ou** ao programa, departamento, ou organização não governamental (mesmo que sem fins lucrativos) aos quais o autor esteja diretamente vinculado como parte com poder decisório (não incluir associações ou entidades de classe das quais o autor é membro, mas não participa da diretoria com poder decisório imediato). A descrição de relação como modesta ou significativa segue as definições precedentes.

³ Neste campo, incluir qualquer outro montante/benefício/bem de valor superior a R\$ 1 mil ganho diretamente pelo autor (exemplos incluem, mas não se restringem a estadias, passagens, alimentação) de empresa do ramo farmacêutico, ou qualquer uma

que esteja ligada ao desenvolvimento de tecnologia ou posicionamento ideológico que possa estar associada a conflito de interesses. Incluir também montantes relacionados a copyright recebido por produção bibliográfica (livros, e-livros, e-learning, entre outros) que possam estar associados a conflito de interesse.

Os autores que não tenham conflitos de interesse, incluindo interesses financeiros, e relações e filiações específicas relevantes ao tema do seu artigo devem incluir o sinal -- em cada item da tabela.

Os autores devem fornecer informações detalhadas sobre todos os interesses e relações financeiras relevantes e conflitos ou relações financeiras nos últimos três anos e no futuro previsível, especialmente os que estejam presentes no período em que a pesquisa foi desenvolvida e no período de sua publicação.

- **Resumo e descritores:** A segunda página deve conter o resumo, em português (ou espanhol) e inglês, de não mais que 200 palavras para artigos originais, de revisão, comunicações breves e artigos de atualização. Deve ser estruturado, destacando os objetivos do estudo, métodos, principais resultados apresentando dados significativos e as conclusões. Abaixo do resumo, especificar 5 (cinco) descritores (palavras-chave) que definam o assunto do trabalho. Os descritores deverão ser escolhidos entre os disponíveis no sistema de submissão on-line (ScholarOne). Eles estão baseados nos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme, que é uma tradução do MeSH (*Medical Subject Headings*) da *National Library of Medicine* e disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>
- **Texto:** Deverá obedecer à estrutura exigida para cada categoria de artigo. Em todas as categorias a citação dos autores no texto deverá ser numérica e seqüencial, utilizando

algarismos arábicos entre parênteses e sobrescritos, evitando indicar o nome dos autores. Citações no texto e referências citadas em legendas de tabelas e figuras devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto, com algarismos arábicos (números índices). Deve-se incluir apenas o número da referência, sem outras informações.

- **Tabelas:** Cada tabela deve ser enviada em folha separada. As tabelas devem ser numeradas consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem que foram citadas no texto e encabeçadas por um título apropriado. Devem ser citadas no texto, sem duplicação de informação. As tabelas, com seus títulos e rodapés, devem ser auto-explicativas. Tabelas provenientes de outras fontes devem citar as referências originais no rodapé. Só serão aceitas tabelas com tamanho máximo de uma página. Sempre que houver, o tamanho da amostra (n) deve vir no título da tabela. Os símbolos identificados nas notas de rodapé devem seguir o seguinte padrão: *, **, ***, †, ††, †††, ‡, ‡‡, ‡‡‡...
- **Figuras e gráficos:** As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos etc.) devem ser enviadas individualmente, em formato JPG (em alta resolução - 300 dpi). Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e serem suficientemente claras para permitir sua reprodução. As legendas para as figuras deverão constar em página separada. Fotocópias não serão aceitas. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.
- **Análise estatística:** Os autores devem demonstrar que os procedimentos estatísticos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas

também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (ex. $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$) devem ser mencionados.

- **Abreviações:** As abreviações devem ser indicadas no texto no momento de sua primeira utilização. Em seguida, não se deve repetir o nome por extenso.
- **Nome de medicamentos:** Deve-se usar o nome genérico.
- **Agradecimentos:** Devem incluir a colaboração de pessoas, grupos ou instituições que merecem reconhecimento, mas que não têm justificadas suas inclusões como autoras; agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico, etc.
- **Referências:** Devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto e identificadas com números arábicos. A apresentação deverá estar baseada no formato denominado "*Vancouver Style*", conforme exemplos abaixo, e os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela *List of Journal Indexed in Index Medicus*, da *National Library of Medicine* e disponibilizados no endereço: <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf>

Os autores devem certificar-se de que as referências citadas no texto constam da lista de referências com datas exatas e nomes de autores corretamente grafados. A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores. Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências bibliográficas; apenas citados no texto ou em nota de rodapé. A lista de referências deve seguir o modelo dos exemplos abaixo.

Para todas as referências, cite todos os autores, sempre.

Artigos de periódicos

Almeida OP. A autoria de artigos científicos: o que fazem os tais autores? *Rev Bras Psiquiatr.* 1998;20(2):113-6.

Maia E, Martins RL, César MP, Baiôco M, Oliveira RG, Menandro PR, Garcia ML, Macieira MS. O alcoolismo sob a ótica dos candidatos ao vestibular da Ufes. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(2):72-5.

Artigos sem nome do autor

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J.* 1994;84(1):15.

Livros no todo

Ringsven MK, Bond D. *Gerontology and leadership skills for nurses.* 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

Capítulos de livro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. *Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management.* 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

Livros em que editores (organizadores) são autores

Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people.* New York: Churchill Livingstone; 1996.

Teses

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

Trabalhos apresentados em congressos

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

Artigo de periódico em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 screens]. Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Outros tipos de referência deverão seguir o documento *International Committee of Medical Journal Editors* (Grupo de Vancouver), disponível na Internet no site www.icmje.org, October 2004.

Envio do Manuscrito

As submissões devem ser feitas on-line no endereço: <http://mc.manuscriptcentral.com/rbp>. É imprescindível que a permissão para reprodução do material e as cartas com a aprovação de um Comitê de Ética da Instituição onde foi realizado o trabalho – quando referente a intervenções (diagnósticas ou terapêuticas) em seres humanos – e aquela assinada por todos os autores em que se afirme o ineditismo do trabalho sejam enviadas por fax à RBP (fax número: 11 5579-6210).