

**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA**

# ALAN BELO BASTOS LIMA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE OBESIDADE E TRANSTORNO DE PERSONALIDADE**

## BORDERLINE: UMA REVISÃO SITEMÁTICA

Salvador - Bahia

2022

**ALAN BELO BASTOS LIMA**

# ASSOCIAÇÃO ENTRE OBESIDADE E TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito da disciplina Metodologia a Pesquisa

3 (MP3)

Orientador: Dolores Gonzalez Borges de Araújo

Salvador - Bahia

2022

# SUMÁRIO

1. **OBJETIVO**..................................................................................................................**4**
2. **INTRODUÇÃO**...........................................................................................................**5**
3. **RACIONAL TEÓRICO**............................................................................................. **6**
4. **METODOLOGIA**.......................................................................................................**9** 
   1. **Desenho do estudo**.............................................................................................**9**
   2. **Estratégia de busca**...........................................................................................**9**
   3. **Critérios de inclusão e exclusão**.......................................................................**9**
   4. **Identificação e seleção dos estudos**..................................................................**9**
   5. **Extração de dados**.............................................................................................**9**

## 4.6 Avaliação da qualidade metodológica dos artigos selecionados...................10

**4.7 Aspectos éticos**...................................................................................................**10**

1. **RESULTADOS**...........................................................................................................**10**
2. **DISCUSSÃO**................................................................................................................1**4**
3. **CONCLUSÃO**.............................................................................................................**15**
4. **REFERÊNCIAS**..........................................................................................................**16**

**1. INTRODUÇÃO:**

Os transtornos de personalidade são crônicos e estão presentes em 10% a 20% da população mundial1. Ele se caracteriza por um desvio no comportamento que se diferencia da expectativa cultural daquele indivíduo e tem início no fim da adolescência ou no começo da fase adulta. Indivíduos com transtornos de personalidade estão predispostos a terem outros transtornos psiquiátricos, interferindo no tratamento, prognóstico e sintomas desses transtornos1,4. Além disso, pacientes com os transtornos de personalidade, se comparados à população com transtornos de depressão, ansiedade e obsessivo-compulsivo, têm uma chance muito maior de negarem a doença e recusarem auxílio psiquiátrico1,4.

O transtorno de personalidade borderline (TPB) é caracterizado pelo comportamento, humor, relações objetais e autoimagem instáveis. Indivíduos com TPB aparentam frequentemente estar em crise1,4. O indivíduo pode variar entre um momento comunicativo com afeto e minutos depois se queixar de não ter sentimentos1. O TPB também é caracterizado por comportamentos autodestrutivos ao longo da vida dos indivíduos1. Atos como o paciente cortar os pulsos ou realizar outras formas de automutilação para se anestesiar de alguma sensação que o incomoda, para chamar atenção de alguém ou até mesmo expressar raiva1,4.

O TPB afeta de 1% a 2% da população mundial, representa 10% dos pacientes em ambulatórios de saúde mental, 20% dos pacientes psiquiátricos internados em hospitais e a maior parte dos diagnósticos está presente em mulheres, cerca de 75%1,4.

Indivíduos com TPB podem desenvolver transtornos alimentares, já que existe uma possibilidade de ser desenvolvida uma compulsão alimentar. O transtorno da compulsão alimentar é caracterizado pela alta ingestão de alimentos em um curto período. Esse transtorno está relacionado com estresse, redução da ansiedade e alívio do humor deprimido, fatores que estão atrelados à oscilação de humor presente no TPB1,4. Portanto, dada essa conexão, é importante avaliar a prevalência da obesidade tanto no transtorno bipolar (TPB) quanto em distúrbios que, apesar de compartilharem terapias e fármacos semelhantes, são condições distintas. Logo, pacientes que possuem os 2 transtornos terão um tratamento diferente daqueles que só tem 1 deles 1. Dito isso, cabe a investigação da prevalência de obesidade em TPB.

Obesidade é uma doença crônica, sendo ela o excesso do acúmulo de gordura corporal1. Normalmente, é usado o índice de massa corporal (IMC), mais comum, ou a análise de impedância biométrica (BIA) para definir o estado de obesidade. Essa pode ser acompanhada de outros transtornos, entre eles: bulimia nervosa, transtorno de compulsão alimentar, transtornos de humor e transtornos de personalidade1.

A obesidade vem aumentando no Brasil, passando de 11,8% em 2006 para 20,3% em 2019, sendo ligeiramente mais recorrente em mulheres do que em homens2,3. Segundo a Organização mundial de saúde, cerca de 700 milhões de pessoas apresentarão obesidade no ano de 20253.

# OBJETIVO

Sumarizar evidências da literatura sobre a relação entre obesidade e transtorno de personalidade borderline.

# RACIONAL TEÓRICO

## Transtorno de Personalidade Borderline

A palavra personalidade é derivada da palavra grega *persona*, que se refere às máscaras utilizadas por atores no teatro grego clássico, as quais indicavam o personagem que o ator estava interpretando e a sua identidade, sendo esse o significado de personalidade, que é basicamente as preferências e a constituição moral do indivíduo5.

Transtorno de personalidade é uma variação quantitativa com desvios extremos do que é considerado a normalidade, gerando, dessa forma, sofrimento ou prejuízo ao indivíduo com um transtorno e/ou aqueles próximos ao indivíduo5.

Para o diagnóstico de um transtorno de personalidade, é necessária uma avaliação de longo prazo do indivíduo. Já são notadas dificuldades em relacionamentos interpessoais desde a infância, mas esse diagnóstico só pode ser dado a partir da presença de traços específicos dos transtornos de personalidade no início da fase adulta, diferenciando de situações de estresse específicas que podem gerar características semelhantes a algum transtorno, além de estados mentais transitórios, como transtorno bipolar, depressivo ou de ansiedade. Uma intoxicação por substâncias também pode gerar essa semelhança com o quadro de algum transtorno. Tudo isso deve ser ponderado ao ser dado o diagnóstico4,5.

Os transtornos de personalidade podem ser classificados em grupos, sendo eles: grupo A (esquizotípico, esquizoide e paranóide), grupo B (borderline, antissocial, histriônico e narcisista) e grupo C (obsessivo-compulsivo, dependente e evitativo)1,4. Em relação ao grupo B, são incluídos transtornos com características impulsivas e dramáticas, os quais provavelmente têm uma base genética. Indivíduos com borderline em muitos casos têm histórico familiar de depressão1,4. O transtorno de personalidade borderline inicialmente era considerado um transtorno que estava entre a psicose e a normalidade, mas com o passar do tempo passou a abranger um espaço maior, mudando seu conceito para indivíduos com instabilidade afetiva e déficits de autoimagens somados a situações de vazio interno e impulsividade1,4,5. Além disso, são comuns os comportamentos de automutilação e tentativas de suicídio1,4,5.

Para o diagnóstico de TPB, o indivíduo precisa preencher no mínimo 5 dos seguintes critérios: esforços frenéticos para evitar um abandono real ou imaginário; um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização; perturbação da identidade: instabilidade acentuada e resistente da autoimagem ou do sentimento de self; impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente prejudiciais à própria pessoa (p. ex., gastos financeiros, sexo, abuso de substâncias, direção imprudente, alimentação compulsiva); recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante; instabilidade afetiva decorrente de acentuada reatividade do humor (episódios de intensa disforia, irritabilidade ou ansiedade, geralmente durando algumas horas e apenas raramente mais de alguns dias); sentimentos crônicos de vazio; raiva inadequada e intensa ou dificuldade de controlar a raiva (p. ex., demonstrações frequentes de irritação, raiva constante, lutas corporais); ideação paranoide transitória e relacionada ao estresse ou a graves sintomas dissociativos1,4,5.

Como tratamento de TPB, o principal é a psicoterapia, que apresenta desafios ao terapeuta, já que o paciente não acha que está doente e pode atuar imitando comportamentos para escapar da terapia, não parecendo um indivíduo com esse transtorno. Sendo assim, o terapeuta deve estar atento ao que o paciente é capaz de fazer1. Apesar disso, é um tratamento muito eficaz, já que é o principal1.

As terapias utilizadas em pacientes com TPB são as seguintes: terapia comportamental dialética (muito utilizada em pacientes com comportamento parassuicida); tratamento baseado na mentalização (essa psicoterapia permite ao paciente que ele fique atento ao seu estado mental e ao dos outros, o que proporciona ao paciente regular melhor suas emoções e principalmente sua impulsividade, o que melhora também os seus relacionamentos interpessoais); psicoterapia focada na transferência (é uma psicoterapia psicodinâmica que trabalha em volta das representações do paciente em relação a ele e em relação aos outros)1.

Juntamente às terapias, é feito o uso de psicofármacos para que os pacientes possam lidar de uma melhor forma com as características do TPB, como ansiedade, depressão, hostilidade, raiva e impulsividade, sendo eles: antidepressivos (os pacientes com TPB geralmente têm um humor deprimido, para isso é utilizado esse tipo de fármaco); antipsicóticos (ajudam no tratamento contra raiva, surtos psicóticos breves e hostilidade); benzodiazepínicos (humor depressivo e ansiedade podem ser amenizados por fármacos desse tipo); anticonvulsivantes (podem melhorar o estado geral do paciente); inibidores da monoamina oxidase (modulam o comportamento impulsivo do indivíduo)1,4,5.

## Obesidade

Transtornos alimentares tratam-se de uma perturbação frequente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação, o que causa um consumo diferente ou uma absorção diferente de alimentos1,4. Indivíduos com esses transtornos podem apresentar sintomas semelhantes a transtornos por uso de substâncias, já que os dois envolvem o sistema de recompensa e de autocontrole, ou seja, semelhante a um estado de vício1,4.

Obesidade não é considerada um transtorno mental, já que é um estado de excesso de gordura no corpo, o que se deve a fatores comportamentais, ambientais, genéticos (80% dos obesos têm histórico familiar de obesidade, mas ainda não foi encontrado um marcador genético para tal) e fisiológicos. Entretanto, ela está intimamente ligada a diversos transtornos, podendo ser resultante de um transtorno de compulsão alimentar, síndrome do comer noturno, transtorno depressivo, transtorno bipolar, esquizofrenia, ansiedade etc1,4,5. Sendo assim, são poucos os casos em que é encontrada uma causa específica para a obesidade. Alguns autores incluem a obesidade entre os transtornos alimentares pela sua semelhança com os transtornos alimentares. Medicamentos psicotrópicos possuem efeitos colaterais que podem causar a obesidade, a qual pode desencadear um transtorno, principalmente o depressivo1,5.

Para o diagnóstico de obesidade é utilizado o IMC, calculado com a fórmula kg/m², ou seja, peso/altura². (1) Quando o IMC passa de 30 kg/m², é considerado obesidade, mas lógico que isso não é um método 100% eficaz, já que ele não leva em conta a circunferência abdominal (dado de alta relação com doenças cardiovasculares), nem porcentagem de gordura corporal e alguns indivíduos podem ter um excesso de peso em relação à gordura por conta de excesso de músculos1. Para isso também existe o BIA (análise da impedância biométrica), método utilizado para quantificar a porcentagem de gordura corporal1. A distribuição de gordura varia bastante entre indivíduos. Em homens o padrão de gordura acumulada na barriga é comum e nas mulheres o mais comum é a gordura concentrada na coxa e quadril1,6.

O tratamento para obesidade é principalmente em torno da aplicação do déficit calórico, uma estratégia na qual o indivíduo gasta mais calorias do que ganha. Para isso é feita uma dieta específica para o obeso e um plano de atividade física para aumentar essa quantidade de energia gasta1,6. Muitas vezes também são acompanhadas por uma suplementação com vitaminas, ferro, zinco e ácido fólico1,6.

Também pode ser feito o uso de fármacos, os quais são: o Orlistat (um inibidor da lipase gástrica e pancreática, reduzindo a absorção de gordura e fazendo com que ela seja excretada pelas fezes); Sibutramina (inibe recaptação de serotonina e norepinefrina); Lorcaserina (é um agonista da serotonina, ou seja, ele suprime o apetite); Fentermina-topiramato (ela é uma droga que combina a fentermina de liberação imediata com topiramato de liberação prolongada6.

Além desses tratamentos, existem as cirurgias. Elas são tipos diferentes de cirurgia bariátrica usados para tratar obesidade grau 3 (com IMC acima de 40) e grau 2 com problemas cardiovasculares (IMC acima de 35). São elas: Banda gástrica ajustável, Gastrectomia vertical laparoscópica, Bypass gástrico em Y de-roux, Derivação biliopancreática com desvio duodenal, Interposição ileal e Gastrectomia vertical com bipartição ileal6.

Como já foi dito anteriormente, a obesidade pode ser causada por diversos motivos, inclusive transtornos alimentares. Para isso o tratamento seria diferente. No caso da síndrome do comer noturno e do transtorno de compulsão alimentar, o tratamento principal é a partir da terapia cognitivo-comportamental e IRSs (inibidores de recaptação de serotonina)1.

A síndrome do comer noturno é um transtorno no qual o indivíduo come muito acima do necessário após uma refeição noturna, acordando, em alguns casos, durante a noite para fazer refeições de alta ingestão calórica. Esses indivíduos tendem a ter episódios recorrentes de insônia e ter um apetite reduzido durante o dia. Um humor deprimido e baixa eficiência do sono também são características que compõem esse transtorno1,4.

O transtorno de compulsão alimentar é caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar (ingestão de grande quantidade de comida em curto período, geralmente alimentos de alto teor calórico)1,4. Esse transtorno se diferencia da bulimia por apesar de ter a compulsão alimentar, não tem o comportamento compensatório (vômitos, abuso de laxante e diuréticos). A partir disso, fica clara a relação desse transtorno com a obesidade, já que esse alimento em excesso será transformado em gordura1,4.

Para o diagnóstico, um indivíduo com transtorno de compulsão alimentar deve apresentar os seguintes aspectos: A presença da compulsão alimentar; sofrimento marcante após o episódio de compulsão alimentar; episódios que ocorrem pelo menos 3 vezes por semana, por 3 meses; não pode ter um comportamento compensatório associado; deve apresentar 3 ou mais dos seguintes aspectos na compulsão alimentar: comer mais rapidamente que o normal, sentimento de culpa após a compulsão, comer grandes quantidades de alimento na ausência de fome, comer até ficar desconfortavelmente cheio e comer sozinho por vergonha de si1,4.

# METODOLOGIA

## DESENHO DO ESTUDO

O presente trabalho consiste em uma revisão sistemática da literatura, seguindo as diretrizes do check-list Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA).

## ESTRATÈGIA DE BUSCA

A busca foi realizada nas fontes de dados eletrônicas MEDLINE/PubMed por meio da combinação de Descritores em Ciências de Saúde (DeCS). Os descritores utilizados, em conjunto, consistem em: “borderline personality disorder” OR “borderline personality disorders” AND

“obesity”. A busca pelos descritores no MEDLINE/PubMed resultou em: (((borderline personality disorder) OR (borderline personality disorders)) AND (obesity)). Apenas o filtro de tempo foi selecionado para a busca (período de 2002 até 2022).

## CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos ensaios clínicos randomizados e estudos observacionais que abordem a relação entre TPB e obesidade, publicados nos últimos 10 anos, em inglês, espanhol e português.Foram excluídos artigos não disponíveis na íntegra, estudos que não respondem ao objetivo da pesquisa.

## IDENTIFICAÇÃO E SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Duas duplas de autores independentes fizeram a leitura dos títulos e resumos de cada trabalho préselecionados, a fim de identificar somenteos estudos que preenchiam corretamente os critérios de inclusão. Prosseguiu-se com a leitura dos artigos separadamente por dois autores a fim de assegurar os critérios da revisão sistemática. Quaisquer divergências entre os autores foram resolvidas por discussão e diálogo na presença de um terceiro autor.

## EXTRAÇÃO DE DADOS

Os dados foram extraídos e sintetizados em formulário de coleta pré-definido no software Microsoft Office Excel®. As características extraídas incluíram: autores, país, tipo de estudo, ano de publicação, número de participantes, número de participantes com borderline, gênero, método de avaliação do borderline, método de avaliação da obesidade, idade e desfechos.

## AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ARTIGOS SELECIONADOS

Após leitura dos artigos foi preenchido o check-list STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology (STROBE) para estudos observacionais. Foram considerados artigos de qualidade aceitável aqueles que contemplaram pelo menos 70% dos aspectos de maneira satisfatória.

## ASPECTOS ÉTICOS

Por tratar-se de uma revisão sistemática, não foi necessário submeter o trabalho ao Comitê de Ética em Pesquisa.

# RESULTADOS

Dos 40 estudos identificados pela estratégia de busca, cinco foram selecionados para leitura na íntegra e quatro cumpriram os critérios de inclusão (Figura 1)

**Figura 1**

**–**

Fluxograma dos estudos avaliados nesta revisão

Foi aplicad

o

o

*checklist*

STROBE

. A pontuação alcançada pelos estudos variou entre 73% e

%,

100

cumprindo o critério mínimo de 70%

1)

Tabela

(

.

**Tabela**

**1**

**-**

Aplicação da checklist strobe

Abigail 2013

Cheney 2014

Keuroghlian 2013

R.A. Sansone 2012

Título e resumo

1

1

1

1

Introdução

1

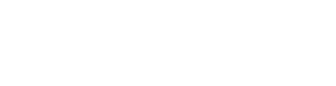
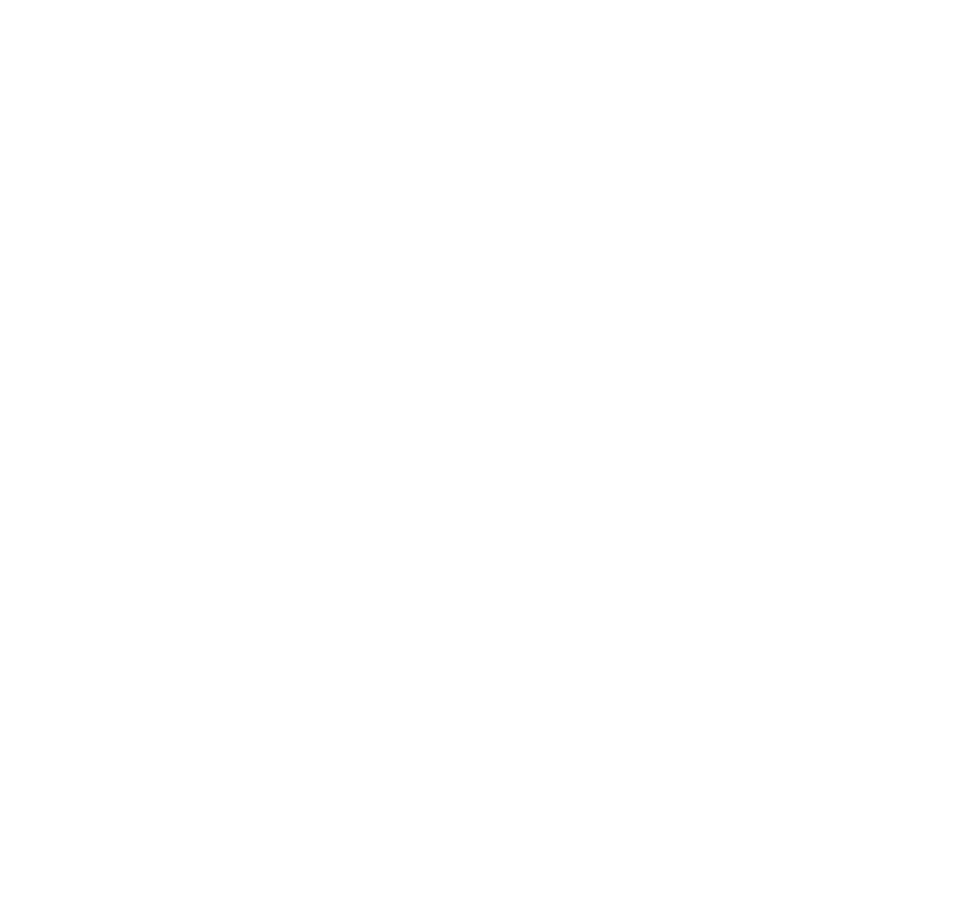
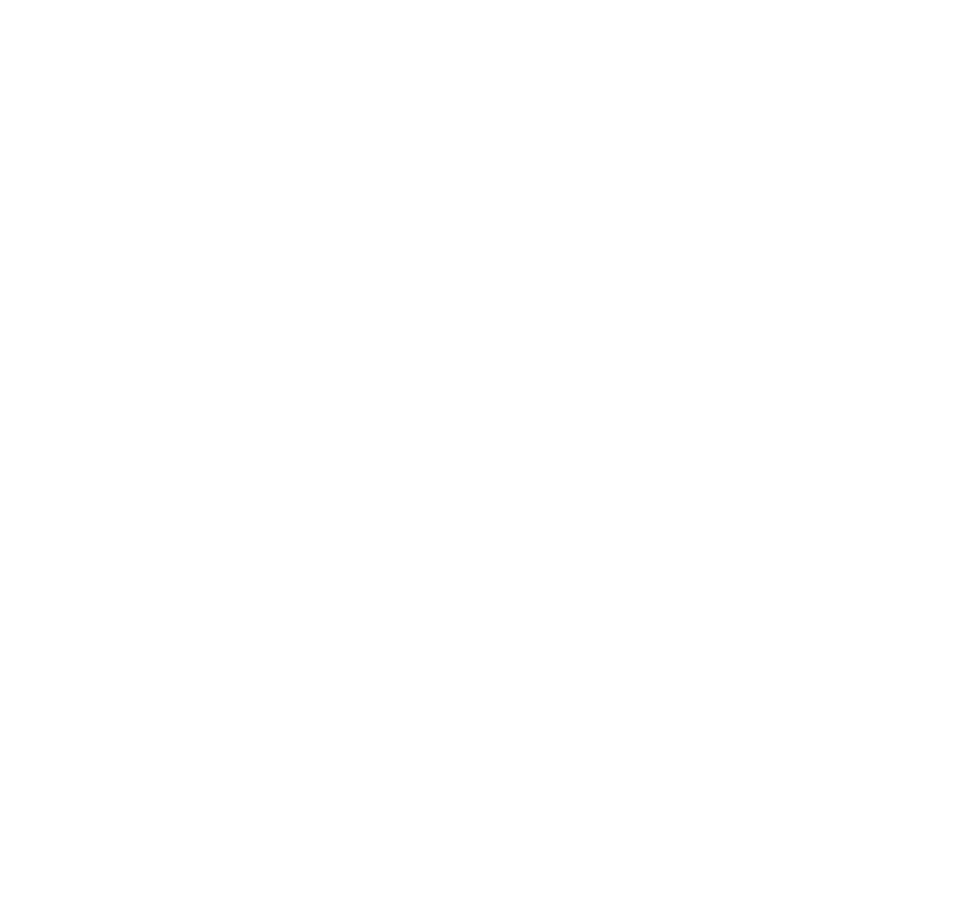
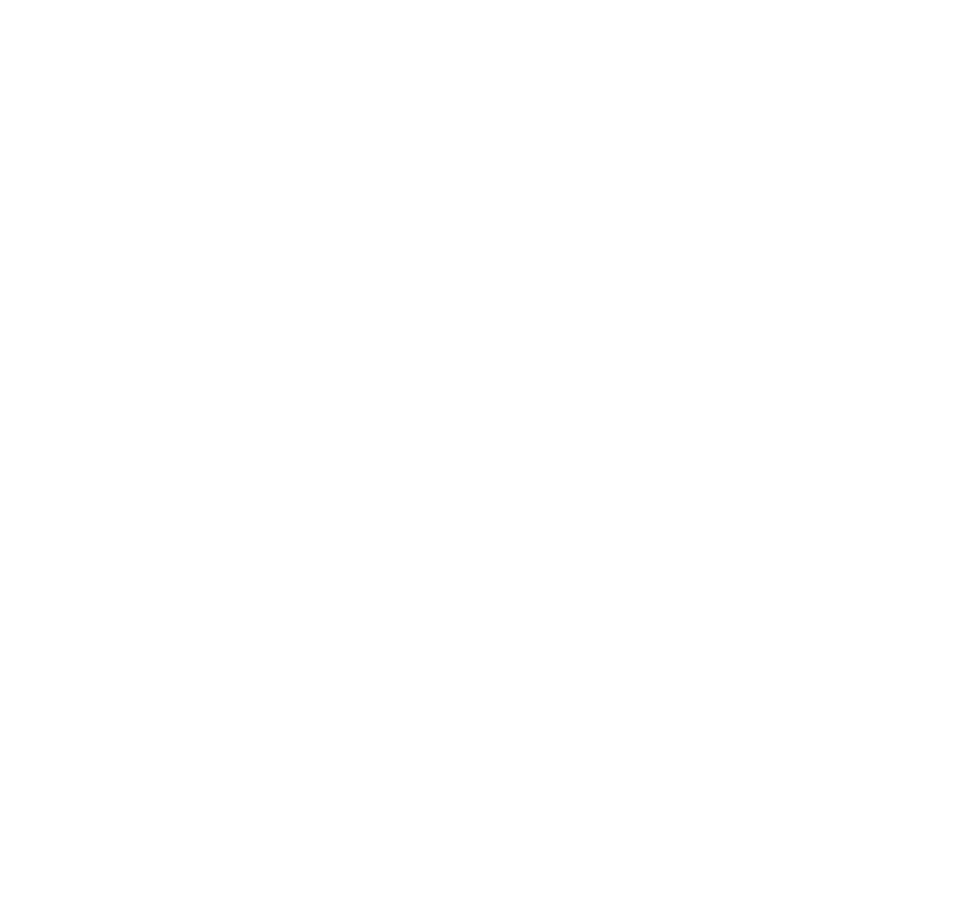
1

1

5

0

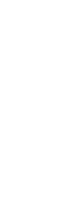
,



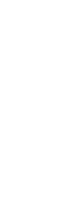
Artigos encontrados por busca

manual

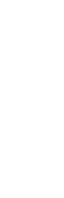
(n=0)



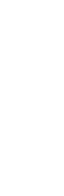
**Identificação**



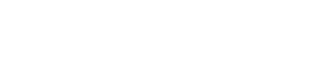
**Avaliação**



**Elegibilidade**



**Inclusão**



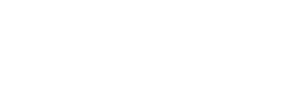
Artigos encontrados por meio de

pesquisa de banco de dados

(

Pubmed n=34) (Medline n

=6)



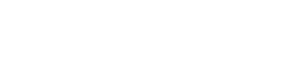
Artigos encontrados com a

estratégia de busca

Pubmed n=34) (Medline n

=6)

(



Artigos selecionados para

leitura integral

(

Pubmed n

=23

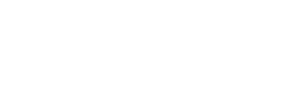
)

(Medline n

=

1

)



Artigos incluídos na revisão

sistemática

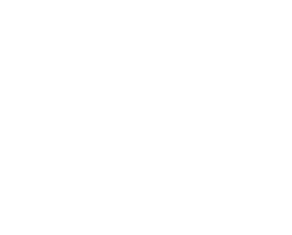
=

n

(

4

)



Artigos

excluídos

após leitura

dos títulos e resumos

(

n

=

16

)

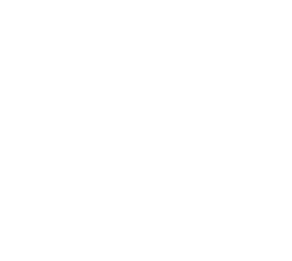
Estudo era uma revisão (n =

10)

Estudo repetido (n=5)

Estudo era um estudo de

caso (n=1)



Artigos excluídos após leitura

na íntegra

(

n

=

20

)

Não

existe informação sobre o

estudo (n = 1)

e

Estudo não tratava de obesidad

n =

(

8)

Estudo não relacionava

obesidade com TPB (n=11)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Objetivos 1 1 1 0,5  Método 1 1 1 1  Cenário 0,5 0,5 1 0,5  Participantes 1 1 1 1  Variáveis 1 1 1 1  Fontes de dados 1 1 1 1  Viés 0 1 1 0  Tamanho de estudo 1 1 1 1  Variáveis  quantitativas 1 1 1 1  Métodos estatísticos 1 1 1 1  Resultados 0.5 0,5 1 1  Dados descritivos 1 0 1 0  Dados do desfecho 1 0 1 0  Resultados  principais 1 1 1 1 Outras 1 1 1 1  Resultados chave 1 1 1 1  Limitações 1 1 1 1  Interpretação 1 1 1 0,5  Generalisação 0,5 1 1 0,5  Financiamento N se aplica N se aplica N se aplica N se aplica  **TOTAL 18,5 (88%) 18 (85%) 21 (100%) 15,5 (73%)**    No total, os artigos incluídos contaram com a participação de 2492 pessoas, sendo todos realizados com adultos (maiores de 18 anos). As principais características dos artigos incluídos estão descritas na Tabela 2.    **Tabela 2-** Características dos ensaios clínicos randomizados presentes na revisão sistemática | | de  al ivo |
| Autor Ano Pa Sexo N N Idad Avaliação do Avaliaçã  ís e Borderline o da  B  Obesidad  e | Desenho  Estudo |
| Abigail D. 2013 E Homens e 940 940 55- MAPP IMC  Powers e U mulheres 64  Thomas F. A  Oltmanns | Estudo longitudin retrospect |
|  | 12 |



**6. DISCUSSÃO:**

Esta revisão buscou verificar a relação entre obesidade e o Transtorno de Personalidade

Bordeline. Ao todo, os estudos incluídos na revisão contaram com 2390 participantes, sendo 1278 deles com TPB. Dos quatro estudos, três relataram um aumento de casos de obesidade em indivíduos com TPB.

A relação entre obesidade de TPB pode ser explicada com base em alguns dados, como: aumento do IMC está muito relacionado com pacientes de baixas habilidades psicossociais (sem cônjuges, pouco sucesso na vida acadêmica e baixo GAF score) e com 2 ou mais condições médicas relacionadas ao peso (HAS, DM tipo 2, DAC e hipercolesterolemia)9. Pacientes com TPB resistente, não só têm maiores índices de consumo de tabaco, bebida alcoólica, sedentarismo e uso de medicações para dor, mas também o desenvolvimento de doenças crônicas, o que dificulta ainda mais o tratamento8.

Na literatura já existem estudos que relatam motivos para essa relação entre TPB e obesidade. Sendo assim, transtornos de personalidade estão relacionados com altos níveis de estresse, o que favorece a liberação de cortisol, gerando o ganho de peso; indivíduos com transtornos de personalidade têm dificuldades no autocuidado, portanto manter uma dieta saudável e a prática de atividades físicas são muitas vezes negligenciados; indivíduos com TPB podem apresentar comportamentos autodestrutivos como compulsão alimentar, o que favorece o ganho de peso11,12,13.

Quanto ao estudo que vai contra a relação entre TPB e obesidade, existem alguns pontos nele que podem ter levado a esse resultado: primeiramente, ele tem um recorte de pacientes com TPB bem reduzido em relação aos outros, apenas 20 participantes e o estudo teve o menor score na checklist strobe, ou seja, uma amostragem muito pequena para trazer um resultado definitivo e é inferior em qualidade metodológica, o que também reduz a confiabilidade do resultado11.

Outros fatores a serem levados em consideração aos estudos também devem ser colocados para discussão: todos foram realizados nos EUA, cada um utilizou de métodos diagnósticos diferentes, apesar de todos serem baseados no DSM-IV. A idade também é um fator que varia, o estudo com mais participantes tem indivíduos que variam apenas entre 55-64 anos, momento no qual o borderline se encontra com menos sintomas que a fase adulta geralmente1,7. Enquanto outro estudo avalia um recorte de 18-35 anos, que seria uma fase da qual os sintomas estariam aumentados, mas não se nota um aumento na prevalência de borderline, provavelmente pela maior prevalência de obesidade na população adulta dos EUA, principalmente depois dos 40 anos1,9.

É notável a diferença metodológica entre os artigos, enquanto 1 utiliza do método de entrevistas ao longo do tempo, para avaliar principalmente a progressão ou regressão dos sintomas de TPB, os outros 3 utilizam do método de 1 entrevista apenas. A partir disso, cada um pôde trazer dados diferentes quando se trata da relação de TPB com obesidade, sendo esses dados a favor: a maior prevalência de obesidade em TPB com pouco sucesso terapêutico9, maior incidência de obesidade em indivíduos que não são da raça branca7, maior prevalência de obesidade em mulheres com TPB, do que sem o transtorno, além de sua associação com transtornos alimentares8 e o dado contra: a não relação do aumento do IMC em TPB10.

É importante levar em consideração algumas limitações em relação a essa revisão sistemática: sendo a principal delas a heterogeneidade dos estudos incluídos, com diferentes critérios diagnósticos, métodos de avaliação da prevalência de TPB em obesidade diferentes, além das características das amostras e variáveis apresentadas, o que restringe a análise comparativa dos estudos. Portanto, é de grande importância o desenvolvimento de mais estudos nessa área, principalmente se tratando do TPB resistente ao tratamento, que se mostrou muito relacionado com obesidade e desenvolvimento de outras doenças, além de estudos com uma duração maior, já que quanto maior o recorte de tempo, mais fácil de avaliar a variação do IMC dos participantes. Além disso, sugere-se novos estudos sobre o acompanhamento de pacientes com TPB e obesidade, buscando o quanto esse quadro pode desenvolver ou agravar outras doenças

1. **CONCLUSÃO:**

Nessa revisão sistemática, foram reunidas evidências que apontam para a existência de associação entre obesidade e TPB. Além disso, foi observada uma maior prevalência em mulheres, principalmente quando se trata da população não-branca, da qual tem uma prevalência maior que a população branca independente de ser mulher ou homem. Ademais, existe uma relação com a resistência ao tratamento, quanto mais resistente, maior a prevalência de obesidade. Entretanto, esse dado a favor da relação entre obesidade não estava presente em todos os artigos. Dito isso, essa revisão sugere associação importante entre TPB e obesidade, o que reforça a necessidade de identificação dos pacientes com TPB, estando alerta ao possível desenvolvimento de obesidade.

1. **REFERÊNCIAS:**

1. Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2016). *Compêndio de Psiquiatria-: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Artmed Editora.
2. Estatística, I. B. de G. e. (2020). Pesquisa Nacional de Saúde 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas. *Brasil*.
3. Abeso. Obesidade e síndrome metabólica [Internet]. Disponível em:

https://abeso.org.br/conceitos/obesidade-e-sindrome-metabolica/. Acessado em: [14/05/2023].

1. Association, A. P. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
2. Forlenza, O. V., & Miguel, E. C. (2014). *Clínica psiquiátrica de bolso*. Editora Manole.
3. MANCINI, M. C., & MELO, M. E. de. (2015). Genética molecular da obesidade. In *Tratado de obesidade [2ed.]*. Guanabara.
4. Powers, A. D., & Oltmanns, T. F. (2013). Borderline personality pathology and chronic health problems in later adulthood: The mediating role of obesity. *Personality Disorders: Theory,*

*Research, and Treatment*, *4*(2), 152–159. https://doi.org/10.1037/a0028709

1. Cheney, A. M., Booth, B. M., Davis, T. D., Mengeling, M. A., Torner, J. C., & Sadler, A. G. (2014). The Role of Borderline Personality Disorder and Depression in the Relationship

Between Sexual Assault and Body Mass Index Among Women Veterans. *Violence and Victims*,

*29*(5), 742–756. https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-12-00171

1. Keuroghlian, A. S., Frankenburg, F. R., & Zanarini, M. C. (2013). The relationship of chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and health care utilization to recovery status in borderline patients over a decade of prospective follow-up. *Journal of Psychiatric Research*, *47*(10), 1499–1506. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.06.012
2. Sansone, R. A., Hahn, H. S., Dittoe, N., & Wiederman, M. W. (2012). The relationship between borderline personality symptoms and body mass index in a consecutive sample of cardiac stress test patients. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and*

*Obesity*, *17*(2), e128–e131. https://doi.org/10.1007/BF03325336

1. Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2009). Obesity and borderline personality symptomatology. Eating Disorders, 17(2), 131-141.
2. Wardle, J., Chida, Y., Gibson, E. L., Whitaker, K. L., & Steptoe, A. (2011). Stress and adiposity: a meta-analysis of longitudinal studies. Obesity, 19(4), 771-778
3. Lilenfeld, L. R., Wonderlich, S., Riso, L. P., Crosby, R., & Mitchell, J. (2006). Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. Clinical Psychology Review, 26(3), 299-320.