



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências da Saúde

**Alterações metabólicas, fatores de risco e
contacto com os serviços de saúde em indivíduos
com doença mental grave**

João Pedro Ferreira Dias

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Medicina

(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Dr. Nuno Fernando Rodrigues da Silva

Covilhã, junho de 2018

Dedicatória

Este trabalho é dedicado a toda a minha família pelo apoio e suporte constante durante todo o curso e a todos os meus amigos, companheiros de todas as horas durante estes seis anos.

Agradecimentos

Quero agradecer todo o apoio dado no desenvolvimento deste trabalho de investigação ao meu Orientador, Dr. Nuno Fernando Rodrigues da Silva e à Enfermeira Sara Braçais.

Gostaria também de agradecer ao Conselho de Administração, Comissão de Ética para a Saúde e Departamento de Psiquiatria e Saúde mental do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB) pelas autorizações que permitiram a realização deste estudo.

Um agradecimento especial a todos os meus familiares e amigos que contribuíram para o meu crescimento ao longo do curso, ajudando-me a completar uma importante etapa da minha vida.

Muito obrigado a todos!

Resumo

Introdução: Os indivíduos com doença mental grave têm uma esperança média de vida 20 a 25 anos inferior à população geral. Estudos recentes mostram que esta diferença tem vindo gradualmente a aumentar, uma vez que este grupo de indivíduos não acompanha o aumento de esperança de vida que se vem observando a nível global. Neste sentido, têm sido desenvolvidos diversos estudos com o objetivo de avaliar a influência de estilos de vida, fatores sociodemográficos e clínicos.

Objetivo: Este estudo procura contribuir para a compreensão deste fenómeno em Portugal, através da realização de um perfil descritivo dos fatores de risco modificáveis que possam estar implicados.

Métodos: Estudo observacional, transversal, em doentes seguidos no serviço de psiquiatria e saúde mental do Centro Hospitalar da Cova da Beira (CHCB) no ano de 2018, baseado na análise dos processos clínicos. A análise dos dados estatísticos foi elaborada no software SPSS-21.0®.

Resultados: Foram incluídos no estudo 44 indivíduos com doença mental grave. A prevalência da SM foi de 44% (M: 50%; H: 41%). Em relação aos estilos de vida: 68% apresentam uma má alimentação, 57% são fumadores e 68% são considerados sedentários. O IMC médio foi de 29 e 70% apresentavam excesso de peso. Em relação à medicação: 39% tomava antipsicótico de 1ª geração, 77% tomava antipsicótico de 2ª geração e 36% eram polimedicados (2 ou mais antipsicóticos). Em relação aos contactos de saúde: 93% possui médico de família e 57% não fez análises nos últimos 12 meses.

Conclusão: Os resultados demonstram que a síndrome metabólica é altamente prevalente, assim como estilos de vida pouco saudáveis, associados a uma diminuição da esperança de vida. Estes reforçam a necessidade de intervenções eficazes de promoção de saúde visando a atividade física, hábitos alimentares e cessação tabágica na população de indivíduos com doença mental grave.

Alterações metabólicas, fatores de risco e contacto com os serviços de saúde em indivíduos com doença mental grave

Palavras-chave

Doença mental grave, Esperança média de vida, Síndrome metabólica, Fatores de risco, contacto com os serviços de saúde

Abstract

Introduction: Patients with severe mental illness such as schizophrenia, bipolar disorder or delusional disorder have a 20-25 year life expectancy lower than the general population. Recent studies show this difference has gradually increased, since the increase in life expectancy observed globally is not followed in this group of individuals. In this sense, several studies have been developed with the objective of analyzing the influence of lifestyle, sociodemographic and clinical factors.

Objective: This study aims to contribute to the understanding of this phenomenon in Portugal, namely characterizing modifiable risk factors that may be involved.

Methods: Observational, cross-sectional study of patients followed in the Department of Psychiatry and Mental Health of Centro Hospitalar Cova da Beira. Data was collected by reviewing clinical documentation. Statistical data analysis was performed using SPSS Statistics-21.0® software.

Results: The study included 44 individuals with severe mental illness. The prevalence of MS was 44% (M: 50%, H: 41%). Regarding lifestyles: 68% have poor diet, 57% are smokers and 68% are considered sedentary. The mean BMI was 29 and 70% were overweight. Regarding medication: 39% had a 1st generation antipsychotic, 77% had a 2nd generation antipsychotic and 36% were polymedicated (2 or more antipsychotics). Regarding health contacts: 93% have a family doctor and 57% did not make analyzes in the last 12 months.

Conclusion: The results demonstrate that the metabolic syndrome is highly prevalent as well as unhealthy lifestyles associated with a decrease in life expectancy. These reinforce the need for effective health promotion interventions targeting physical activity, eating habits and smoking cessation in the population of individuals with severe mental illness.

Alterações metabólicas, fatores de risco e contacto com os serviços de saúde em indivíduos com doença mental grave

Key-Words

Severe mental illness, Life expectancy, Metabolic Syndrome, Risk factors, Access to Care

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Critérios de diagnóstico ATP III NCEP (Adult Treatment Panel III do National Cholesterol Education Program (EUA))

Tabela 2 - Características dos doentes

Tabela 3 - Características demográficas e clínicas dos sujeitos por classes de medicação antipsicótica

Tabela 4 - Classificação dos estilos de vida

Tabela 5 - Prevalência da SM

Tabela 6 - Contactos com os serviços de saúde

Lista de Siglas e Acrónimos

ALERT PFH - *Paper free Hospital*

AP - Antipsicóticos

CHCB - Centro Hospitalar Cova da Beira

DMG - Doença Mental Grave

DP - Desvio Padrão

IMC - Índice de Massa Corporal

IPAQ - *International Physical Activity Questionnaire*

M - Média

NCEP ATP III - *Adult Treatment Panel III do National Cholesterol Education Program*

SAM - Sistema de Apoio ao Médico

SM - Síndrome Metabólica

Índice

DEDICATÓRIA	II
AGRADECIMENTOS	III
RESUMO.....	IV
PALAVRAS-CHAVE.....	V
ABSTRACT	VI
KEY-WORDS	VII
LISTA DE TABELAS	VIII
LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS.....	IX
ÍNDICE.....	X
1. INTRODUÇÃO	1
2. MATERIAL E MÉTODOS	3
2.1. Análise Estatística.....	4
3. RESULTADOS	5
3.1. Caracterização da Amostra.....	5
3.2. Caracterização da Medicação.....	6
3.3. Caracterização dos estilos de vida.....	7
3.4. Contactos com os serviços de saúde.....	9
4. DISCUSSÃO	10
5. CONCLUSÃO	12
ANEXOS	13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15

1. Introdução

A esperança de vida ao nascer é amplamente utilizada como medida do nível de mortalidade de uma população e como indicador da qualidade de saúde de países e regiões. Por não ser influenciada pelos efeitos da estrutura etária, a esperança média de vida ao nascer é uma ferramenta útil na monitorização da tendência da mortalidade e para examinar as diferenças entre regiões e subgrupos sociodemográficos. (1)

Ao longo das últimas décadas, com os avanços da ciência e da tecnologia, a medicina tem realizado descobertas e progressos extraordinários, resultando numa melhor qualidade de vida e maior longevidade.

Em Portugal têm sido implementados diversos programas de saúde pública com o objetivo de melhorar e aumentar a esperança média de vida como: Programa Nacional Para a Prevenção e Controlo do Tabagismo, Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, Programa Nacional para a Diabetes, entre outros.

No entanto, indivíduos com doença mental grave (DMG) como esquizofrenia, perturbação bipolar ou perturbação delirante apresentam um maior risco de morbilidade e mortalidade quando comparados com a restante população, com uma significativa diminuição da esperança média de vida entre 20 a 25 anos devido sobretudo a doenças cardiovasculares prematuras (enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral). (2)

Desta forma, nos últimos anos tem-se focado uma atenção crescente na alta prevalência de doenças cardiovasculares, diabetes e síndrome metabólica (SM) em pacientes com DMG, que podem ser atribuídas a uma combinação de fatores genéticos, estilos de vida, especificações biológicas/genéticas da própria doença e do tratamento. Entre os fatores importantes do estilo de vida encontra-se o tabagismo, a dieta e atividade física limitada. A medicação antipsicótica, especialmente a de segunda geração, pode interferir negativamente no peso e metabolismo do indivíduo. No entanto, anormalidades metabólicas também foram detetadas em pacientes com esquizofrenia não medicados, aquando do seu primeiro episódio de doença, acrescentando evidências de uma etiologia multifatorial. (3)

Outros fatores potencialmente envolvidos são a elevação crónica dos níveis de stress, o acesso limitado aos cuidados primários de saúde e a falta de coordenação adequada destes. Guidelines foram desenvolvidas para implementar triagem, monitorização e prevenção de fatores de risco cardiometabólico em pacientes com DMG. O tratamento de distúrbios metabólicos na DMG tem-se mostrado viável e efetivo, embora as orientações sejam apenas parcialmente seguidas na prática clínica, uma vez que as taxas de tratamento para hipertensão, dislipidemia e diabetes nestes pacientes são baixas. (4)

Os pacientes com DMG devem ter acesso a cuidados médicos semelhantes aos da população em geral, mas há fortes evidências de disparidades no nível de cuidados de saúde

Alterações metabólicas, fatores de risco e contacto com os serviços de saúde em indivíduos com doença mental grave

fornecidos a pessoas com doenças mentais em comparação com a população em geral. A Organização Mundial de Saúde sugeriu que as pessoas com perturbações mentais têm direito a cuidados de saúde comparáveis aos recebidos pela população em geral. Porém, estudos recentes e bem controlados indicam que pessoas com doenças mentais recebem níveis reduzidos de cuidados de saúde. (2)

Neste sentido, o presente estudo tem como principal objetivo caracterizar os estilos de vida, como a dieta, prática de exercício físico e o tabagismo em doentes com DMG.

2. Material e Métodos

O presente estudo de investigação, observacional e transversal, teve como população alvo indivíduos com DMG acompanhados no Departamento Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB).

Foi selecionada uma amostra de conveniência tendo em consideração a presença de um diagnóstico de doença mental grave: Esquizofrenia, Perturbação Delirante, Perturbação Bipolar ou Perturbação Psicótica.

Para cumprir o objetivo proposto foi realizada a recolha e análise retrospectiva de informação clínica dos processos dos doentes com os anteriores diagnósticos.

Para a recolha da informação, realizada entre fevereiro e maio de 2018, foram consultados os registos clínicos dos doentes, através de SAM[®] e do ALERT[®]PFH.

Foram recolhidas as seguintes variáveis: dados demográficos (idade, género, estado civil, situação laboral, escolaridade), estilos de vida (dieta, atividade física, tabaco, álcool), medicação (psicofármacos), parâmetros metabólicos (perímetro abdominal, IMC, tensão arterial, perfil lipídico, glicemia capilar e HbA1c) e contactos com os serviços de saúde.

Recorreu-se à versão curta do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) para avaliar os níveis de AFÉ um instrumento de avaliação muito aplicado em estudos de AF em adultos. Utilizou-se uma versão validada para Português (5). Este questionário que permite fazer uma estimativa do nível de AF em sedentário, ativo ou muito ativo. Para a caracterização da dieta foi utilizado o instrumento *PREDIMED*, este é um questionário com 14 itens (anexo 1) a partir do qual, de uma forma rápida e prática, se consegue categorizar o indivíduo como tendo uma boa ou fraca adesão à Dieta Mediterrânea.

Em linha com as recomendações da *National Cholesterol Education Program* (Estados Unidos da América) (NCEP) no *Adult Treatment Panel III* (ATPIII), usamos os seguintes critérios para determinar a prevalência da síndrome metabólica na nossa amostra: (Tabela 1). Esta síndrome apresenta-se como a manifestação de pelo menos três de cinco fatores: obesidade abdominal, elevação dos níveis de triglicéridos, diminuição dos níveis de colesterol HDL, hipertensão arterial e aumento da glicémia em jejum.

A obtenção dos dados, previamente aprovada pela Comissão de Ética do CHCB, foi realizada acedendo-se ao sistema informático institucional. Os dados obtidos foram mantidos em sigilo e armazenados pelos investigadores dentro dos padrões éticos de confidencialidade.

TABELA 1: Critérios de diagnóstico ATP III NCEP (*Adult Treatment Panel III do National Cholesterol Education Program* (EUA)) (Adaptada de Han, T. S. et al (6))

Fator de risco	Critérios ATP III NCEP (Presença de 3 critérios estabelecem o diagnóstico)
Triglicéridos aumentados	≥ 150 mg/dL (1.7 mmol/L) ou tratamento específico para esta anormalidade lipídica

HDL colesterol diminuído	< 40 mg/dL (1.03 mmol/L) em homens < 50 mg/dL (1.29 mmol/L) em mulheres ou tratamento específico para esta anormalidade lipídica
Pressão arterial aumentada	PA sistólica \geq 130 ou PA diastólica \geq 85 mmHg ou tratamento para hipertensão diagnosticada
Glicémia em jejum aumentada	\geq 110 mg/dL (5.6 mmol/L) ou diagnóstico prévio de diabetes tipo II
Perímetro abdominal	> 102 cm em homens > 88 cm em mulheres

2.1. Análise estatística

Para a realização da análise estatística foi utilizado o programa IBM SPSS Statistics 21® (*Statistical Package for the Social Sciences, Inc., Chicago, IL*).

Numa primeira abordagem aos dados procedeu-se à análise descritiva das variáveis com base na distribuição de frequências, medidas de tendência central (média, mínimo e máximo) e de dispersão (desvio padrão). No sentido de se poder inferir resultados para a população, foi também realizada uma análise comparativa, com recurso ao teste t de Student ou ao teste do Qui-Quadrado, dependendo da natureza das variáveis.

A aplicação dos testes estatísticos considerou um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$).

3. Resultados

3.1. Caracterização da Amostra

Conforme apresentado na Tabela 2, a amostra total é constituída por 44 doentes, dos quais 30 (68%) do sexo masculino e 14 (32%) do sexo feminino. A média de idades foi de 45 (\pm 14.05) anos. Os doentes com idade igual ou superior a 30 anos representaram 86% da população estudada. A percentagem acumulada indica que 54% da amostra tem o Ensino Básico. Apenas se obteve os parâmetros bioquímicos de 41, pois perdeu-se o contacto com 3 deles.

TABELA 2: Características dos doentes (N=44)

Características dos doentes	Número de doentes	Percentagem
Sexo		
Masculino	30	68.2
Feminino	14	31.8
Idade		
< 30	6	13.6
[30-40[9	20.5
[40-50[12	27.3
[50-60[10	22.7
\geq 60	7	15.9
Estado Civil		
Casado	18	40.9
Não Casado	26	59.1
Situação Profissional		
Empregado	9	20.5
Não empregado	35	79.5
Escolaridade		
1-4º ano	11	25.0
5-9º ano	13	29.5
10-12º ano	12	27.3
Ensino Superior	8	18.2
Diagnósticos		
Perturbação Bipolar	12	27.3
Esquizofrenia/outras piscoses	32	72.7

3.2. Caracterização da medicação

De todos os sujeitos estudados, apenas um não estavam sob medicação antipsicótica, com 27 indivíduos (61%) em monoterapia e 16 (36%) em politerapia. Em relação à medicação não-psicotrópica apenas 3 (7%) estavam medicados com fármacos antidiabéticos, 4 (9%) com fármacos para tratamento da dislipidemia e 7 (16%) com fármacos anti-hipertensores.

TABELA 3: Características demográficas e clínicas dos sujeitos por classes de medicação antipsicótica

	AP 1 ^a Geração (n=17)	AP 2 ^a Geração (n=34)	Polifarmácia (n=16)	p-valor
Sexo				n.s.
Masculino	70.6 (12)	70.6 (24)	75.0 (12)	
Feminino	29.4 (5)	29.4 (10)	25.0 (4)	
Diagnósticos				n.s.
Perturbação Bipolar	17.6 (3)	29.4 (10)	18.8 (3)	
Esquizofrenia/outras psicoses	82.4 (14)	70.6 (24)	81.3 (13)	
IMC				$\chi^2(2)=6,229$ $p<0,05$
Normal < 25	35.3 (6)	26.5 (9)	18.8 (3)	
Excesso de Peso [25-30[35.3 (6)	20.6 (7)	31.3 (5)	
Obeso \geq	29.4 (5)	52.9 (18)	50.0 (8)	
Perímetro abdominal (cm)				n.s.
Normal	47.1 (8)	35.3 (12)	31.3 (5)	
Acima do normal	52.9 (9)	64.7 (22)	68.8 (11)	
Pressão arterial				n.s.
Sistólica (≥ 130 mmHg)	35.3 (6)	41.2 (14)	43.8 (7)	
Diastólica (≥ 85 mmHg)	11.8 (2)	17.6 (6)	18.8 (3)	
Glicemia em jejum (≥ 110 mmol/L)	41.2 (7)	38.7 (12)	50.0 (8)	n.s.
HbA1c ($\geq 6.1\%$)	5.9 (1)	0.0 (0)	6.3 (1)	n.s.
Alterações lipídicas				
Colesterol total	29.4 (5)	38.7 (12)	37.5 (6)	n.s.
Triglicéridos	17.6 (3)	41.9 (13)	37.5 (6)	$\chi^2(1)=6,141p<0,05$
LDL colesterol	11.8 (2)	32.3 (10)	31.3 (5)	n.s.
HDL colesterol	29.4 (5)	48.8 (15)	43.8 (7)	n.s.

Legenda: AP - Antipsicótico; χ^2 - Teste Exato de Fisher; df - graus de liberdade; p- p-valor a um nível de significância de 5% (teste bilateral); n.s. - teste sem significância estatística.

Verificou-se que a toma de AP de 2^a geração apresenta uma relação significativa com o IMC e os triglicéridos. A toma de AP de 2^a geração é estatisticamente mais frequente entre os doentes com IMC ≥ 30 (Obesidade) (52,9%; Res. Ajs.=2,4), $\chi^2(2)=6,229$, $p<0,05$ e nos doentes com triglicéridos acima do normal (41,9%; Res. Ajs.=2,5), $\chi^2(1)=6,14$, $1p<0,05$.

3.3. Caracterização dos estilos de vida

A distribuição dos doentes de acordo com a classificação dos estilos de vida (dieta, atividade física, tabaco e álcool) é apresentada na Tabela 4. Verifica-se que poucos participantes consomem álcool diariamente (n=7, 16%). A maioria dos pacientes (n=30, 68%) exercitam-se menos do que o recomendado (30 minutos por dia, 5 vezes por semana) bem como apresentam uma má alimentação.

TABELA 4: Classificação dos estilos de vida

Comportamentos	Número de doentes	Porcentagem
Má alimentação	30	68.2
Atividade Física		
Ativo	14	31.8
Sedentário	30	68.2
Tabaco (fumador/ex-fumador)	25	56.8
Álcool (consumidor regular)	7	15.9

A tabela 5 mostra os parâmetros dos sujeitos com e sem SM em doentes com DMG. A prevalência da SM neste estudo foi de 44%. Esta prevalência foi maior nas mulheres (50%) do que nos homens (41%).

TABELA 5: Prevalência da SM

	Masculino n=27, (%)	Feminino n=14, (%)	Total n=41, (%)
Síndrome Metabólica presente	11 (40.7%)	7 (50%)	18 (43.9%)
Perímetro abdominal (homens ≥ 102 cm, mulheres ≥ 88 cm)	13 (43.3%)	13 (92.9%)	26 (59.1%)
Pressão arterial			
Sistólica (≥ 130 mmHg)	11 (40.7%)	7 (50%)	18 (43.9%)
Diastólica (≥ 85 mmHg)	1 (3.7%)	5 (35.7%)	6 (14.6%)
Colesterol HDL diminuído (homens < 40 , mulheres < 50)	8 (29.6%)	9 (64.3%)	17 (41.5%)
Glicémia em jejum (≥ 110 mg/dL)	11 (40.7%)	3 (21.4%)	14 (34.1%)
Triglicéridos aumentados (≥ 150 mg/dL)	7 (25.9%)	6 (42.9%)	13 (31.7%)

As variáveis consideradas apresentaram uma associação significativa com variáveis demográficas relevada pelo teste Exato de Fisher.

A SM presente é estatisticamente mais frequente nos doentes casados (61,1%; Res. Ajs.=2,3), $\chi^2(1)=5,103$, $p<0,05$.

O perímetro abdominal acima do normal (homens ≥ 102 cm, mulheres ≥ 88 cm) é significativamente mais frequente nos doentes do sexo feminino (50%; Res. Ajs.=3,1), $X^2(1)=9,685$, $p<0,05$ e nos doentes casados (61,5%; Res. Ajs.=3,3), $X^2(1)=11,189$, $p<0,05$.

A pressão arterial diastólica (≥ 85 mmHg) foi estatisticamente mais frequente nos doentes do sexo feminino (71,4%; Res. Ajs.=2,5), $X^2(1)=6,020$, $p<0,05$; com idade ≥ 60 anos (42,9%; Res. Ajs.=2,1), $X^2(1)=6,768$, $p<0,05$; e nos casados (85,7%; Res. Ajs.=2,6), $X^2(1)=6,913$, $p<0,05$.

O Colesterol HDL diminuído (homens <40 , mulheres <50) é significativamente mais prevalente: nos doentes do sexo feminino (52,9%; Res. Ajs.=2,1), $X^2(1)=4,562$, $p<0,05$; nos doentes com idades entre os [50 - 60[anos (47,1%; Res. Ajs.=2,8), $X^2(1)=11,760$, $p<0,05^1$; no doentes casados (70,6%; Res. Ajs.=3,2). $X^2(1)=10,150$, $p<0,05$; e nos doentes com um diagnóstico de perturbação bipolar (47,1%; Res. Ajs.=2,1), enquanto os doentes com um HDL normal tendem a apresentar um diagnóstico de Esquizofrenia/outras psicoses (83,3%; Res. Ajs.=2,1), $X^2(1)=4,440$, $p<0,05$.

Os triglicéridos aumentados (≥ 150 mg/dL) são mais frequentes nos doentes casados (69,2%; Res. Ajs.=2,5), $X^2(1)=6,047$, $p<0,05$.

3.4. Contactos com os serviços de saúde

A distribuição dos doentes de acordo com os contactos com os serviços de saúde é representada na Tabela 6. Verificou-se que 41 (93%) dos doentes possui médico de família, porém 25 (57%) não realizou nenhuma análise bioquímica nos últimos 12 meses. A média de visitas ao médico de família foi de 2.4, no entanto 36% da amostra não teve qualquer consulta nos últimos 12 meses.

TABELA 6: Contactos com os serviços de saúde

	Número de doentes	Porcentagem
Médico de Família		
Possui	41	93.2
Não Possui	3	6.8
Nº de análises nos últimos 12 meses (M= 0.5 ± 0.665)		
0	25	56.8
1	17	38.6
2	1	2.3
3	1	2.3
Nº de visitas ao médico de família nos últimos 12 meses (M= 2.39 ± 2.608)		
0	16	36.4
1-2	11	25.0
3-4	8	18.2
>4	9	20.5

O teste t de Student permitiu comparar a média de visitas ao médico de família entre os doentes com e sem SM. Verificou-se que o número médio de visitas ao médico de família é estatisticamente superior: nos doentes com SM presente (M=3,83 ±2,728), face aos doentes sem síndrome (M=1,35±2,102), $t(39)=-3,298$, $p<0,05$.

4. Discussão

O resultado deste estudo mostra uma elevada prevalência da SM em pacientes com diagnóstico de DMG no CHCB, evidenciando uma situação alarmante. Esta prevalência foi de 44% (41% dos homens e 50% das mulheres) utilizando-se os critérios do *NCEP ATP-III*. Poucos estudos, principalmente em Portugal, se têm dedicado a estabelecer e compreender a prevalência da SM em pessoas com doença mental grave, sendo encontrada na literatura internacional uma prevalência de 32.5% nos EUA e as únicas taxas comparáveis (24%) são de um estudo transversal espanhol em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia internados em unidades de curto internamento. (7)

Apesar da elevada prevalência da SM observada neste estudo, poucos eram os pacientes com prescrição médica para tratamento de dislipidemia ou diabetes. McEvoy et al, (8) reportaram resultados similares encontrados nos EUA; uma significativa percentagem de pacientes com DMG com estas condições não recebe tratamento.

Anteriores autores (9) propuseram que os estilos de vida pouco saudáveis dos indivíduos com DMG contribuem para a etiologia da SM. Apesar de, na análise bivariada, não identificarmos associações significativas entre as variáveis de estilo de vida (dieta, atividade física, tabaco, álcool) e SM nesta amostra, é de ressaltar que o tamanho da amostra pode não permitir tirar conclusões desta índole.

Estudos anteriores relataram a relação entre os maus hábitos alimentares e SM (10); desta forma sugerimos que as abordagens de promoção da saúde destinadas a reduzir o risco cardiovascular precisam incorporar intervenções dietéticas. Verificou-se ainda que são os mais jovens (com menos de 30 anos) os que tendem a aderir de forma mais significativa aos bons hábitos alimentares (37,5%; Res. Ajs.=2,9) por contraposição com os doentes mais velhos (≥ 60 anos de idade) que apresentam uma significativa não adesão (23,3%; Res. Ajs.=2,0).

Não se observou nenhuma associação significativa entre os fármacos antipsicóticos de 1ª geração (ou típicos) com a SM, no entanto verificou-se que a toma de fármacos antipsicóticos de 2ª geração (ou atípicos) apresenta uma relação significativa com o IMC e os triglicéridos. A toma de AP de 2ª geração é estatisticamente mais frequente entre os doentes com IMC ≥ 30 (Obesidade) e nos doentes com triglicéridos acima do normal. O que vai ao encontro com outros estudos que demonstram que estes fármacos (atípicos) apresentam uma maior associação ao SM quando comparados com os de 1ª geração. (11)

Na literatura, há um debate contínuo sobre a probabilidade de os fármacos antipsicóticos atípicos estarem envolvidos na etiologia da SM. (12) Os resultados deste estudo atribuem de igual forma um papel destes no desenvolvimento de alterações metabólicas. Neste sentido, poderá ser relevante uma vigilância de parâmetros metabólicos em doentes que estejam medicados com esta classe de fármacos.

Em relação aos contactos de saúde, apenas 3 indivíduos não tinham médico de família. No entanto, 57% (n=25) não realizaram análises bioquímicas nos últimos 12 meses.

Por outro lado, verificou-se que o número médio de visitas ao médico de família é estatisticamente superior nos doentes com SM presente ($M=3,83 \pm 2,728$), face aos doentes sem síndrome ($M=1,35 \pm 2,102$). Uma das explicações para isto é o facto de estes indivíduos apresentarem carências económicas e por consequente só vão ao médico quando os problemas ou as alterações já se instalaram.

Embora este estudo apresente um número relativamente pequeno de participantes, os resultados fornecem evidências suficientes para apoiar a necessidade de estudos de intervenção neste cenário e reforçar a exigência de realizar triagem e monitorização regular das alterações metabólicas, nomeadamente IMC, perímetro abdominal, perfil lipídico, e glicémia em jejum. A obtenção de percentagens consideráveis no que diz respeito à má alimentação (68%), sedentarismo (68%) e consumo tabágico (57%) permitem reforçar a adoção e aconselhamento para estilos de vida mais saudáveis. Ainda que não haja correlação direta entre estas variáveis acima referidas e a SM na amostra obtida, o facto de termos estes dados com valores expressivos enfatizam a necessidade de uma abordagem direcionada.

Estudos futuros também poderão estabelecer a prevalência da SM em pacientes com DMG através de uma estratégia de amostragem aleatorizada com um número de participantes mais expressivo por forma a aumentar a significância estatística.

5. Conclusão

De acordo com os resultados desta investigação, pode concluir-se que a prevalência da SM na população de indivíduos acompanhados no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do CHCB é de 44%, um valor relevante.

Os nossos resultados dão suporte ao facto de indivíduos com doença mental grave têm uma prevalência aumentada de fatores de risco cardiometabólico que causam impacto na morbilidade e mortalidade. Uma abordagem prudente para cuidar de pessoas com DMG envolve a monitorização do deste risco, incluindo a medição dos indicadores de base e de risco durante o tratamento antipsicótico.

Este estudo enfatiza a preocupação de envolver os pacientes na monitorização dos indicadores-chave de risco, incluindo peso, perfil lipídico, glicemias, tensão arterial, e intervir quando os riscos aumentam, incluindo consultas com profissionais de cuidados primários e especialistas. Por outro lado, deve também ser feito acompanhamento e intervenções eficazes de promoção da saúde visando a atividade física, hábitos alimentares e cessação tabágica.

Esforços futuros devem incluir a garantia da continuidade dos cuidados entre as necessidades médicas psiquiátricas e gerais, e assegurar que as pessoas com distúrbios mentais tenham acesso igual aos cuidados de saúde.

ANEXOS

ANEXO 1

		Critérios para atribuir 1 ponto
1	Utiliza azeite como principal gordura culinária?	Sim
2	Que quantidade de azeite consome num dia (incluindo uso para fritar, temperar saladas, refeições fora de casa, etc.)?	≥ 4 colheres sopa
3	Quantas porções de produtos hortícolas consome por dia? (1 porção: 200 g; considere acompanhamentos como metade de uma porção)	≥ 2 porções por dia (ou ≥1 porção crua ou em salada)
4	Quantas peças de fruta (incluindo sumos de fruta natural) consome por dia?	≥ 3 por dia
5	Quantas porções de carne vermelha, hambúrguer ou produtos cárneos (presunto, salsicha, etc.) consome por dia? (1 porção: 100-150 g)	< 1 porção por dia
6	Quantas porções de manteiga, margarina, ou natas consome por dia? (1 porção: 12 g)	< 1 porção por dia
7	Quantas bebidas açucaradas ou gaseificadas bebe por dia?	<1 por dia
8	Quantos copos de vinho bebe por semana?	≥ 7 copos por semana
9	Quantas porções de leguminosas consome por semana? (1 porção: 150 g)	≥ 3 por semana
10	Quantas porções de peixe ou marisco consome por semana? (1 porção: 100-150 g de peixe ou 4-5 unidades ou 200 g de marisco)	≥3 por semana
11	Quantas vezes por semana consome produtos de pastelaria ou doces comerciais (não caseiros), como bolos, bolachas, biscoitos?	<3 vezes por semana
12	Quantas porções de oleaginosas (nozes, amêndoas, incluindo amendoins) consome por semana? (1 porção 30 g)	≥ 3 por semana
13	Consome preferencialmente frango, peru ou coelho em vez de vaca, porco, hambúrguer ou salsicha?	Sim
14	Quantas vezes por semana consome hortícolas, massa, arroz ou outros pratos confecionados com um refogado (molho à base de tomate, cebola, alho-francês ou alho e azeite)?	≥ 2 vezes por semana
BOA ADESÃO À DIETA MEDITERRÂNICA → PONTUAÇÃO FINAL ≥ 10		

Afonso L, Moreira T, Oliveira A. Índices De Adesão Ao Padrão Alimentar Mediterrânico – a Base Metodológica Para Estudar a Sua Relação Com a Saúde. Rev Factores Risco. 2014;31:48–55.

Referências Bibliográficas

1. Klenk J, Rapp K, Büchele G, Keil U, Weiland SK. Increasing life expectancy in Germany: quantitative contributions from changes in age- and disease-specific mortality. *Eur J Public Health* 2007; 17:587-92.
2. Newcomer JW. Metabolic syndrome and mental illness. *Am J Manag Care*. 2007;13(November):S170-7.
3. Saloojee S, Burns JK, Motala AA. Metabolic syndrome in South African patients with severe mental illness: Prevalence and associated risk factors. *PLoS One*. 2016;11(2):1-14.
4. Konz, H., Meesters, P., Paans, N., van Grootheest, D., Comijs, H., Stek, M. and Dols, A. (2014). Screening for Metabolic Syndrome in Older Patients with Severe Mental Illness. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(11), pp.1116-1120.
5. Pardini R, Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade E, Braggion G, et al. Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ - versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. *Rev Bras Ciên e Mov*. 2001;9(3):45-51.
6. Han TS, Lean MEJ. Metabolic syndrome. *Medicine (Baltimore)*. Elsevier Ltd; 2011;39(1):24-31.
7. Carrà, G., Bartoli, F., Carretta, D., Crocamo, C., Bozzetti, A., Clerici, M. and Bebbington, P. (2014). The prevalence of metabolic syndrome in people with severe mental illness: a mediation analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(11), pp.1739-1746.
8. McEvoy P, Meyer J, Goff D, Nasrallah H, Davis S, Sullivan L, Meltzer H, Hsiao J, Stroup S, Lieberman J: Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III. *Schizophr Res* 2005, 80:19-32.
9. Robson D, Gray R: Serious mental illness and physical health problems: a discussion paper. *Int J Nurs Stud* 2007, 44:457-466.
10. Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, et al: Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J* 2005, 150:1115-1121.

11. Tschoner A, Engl J, Laimer M, Kaser S, Rettenbacher M, Fleischhacker W, Patsch J, Ebenbichler C: Metabolic side effects of antipsychotic
12. John A, Koloth R, Dragovic M, Lim S: Prevalence of metabolic syndrome among Australians with severe mental illness. *Med J Aust* 2009, 190(4):176-179.