



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

LINAJANNE BORGES MUNIZ

**REVISÃO NARRATIVA E PROPOSTA DE PROTOCOLO DE TRIAGEM DE RISCO
CARDIOVASCULAR EM PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS MENTAIS
GRAVES**

Porto Alegre

2023

LINAJANNE BORGES MUNIZ

**REVISÃO NARRATIVA E PROPOSTA DE PROTOCOLO DE TRIAGEM DE RISCO
CARDIOVASCULAR EM PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS MENTAIS
GRAVES**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Médica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Psiquiatria.

Orientadora: Dra. Fernanda Lucia Capitanio Baeza

Porto Alegre

2023

CIP - Catalogação na Publicação

Muniz, Linajanne Borges

Revisão narrativa e proposta de protocolo de triagem de risco cardiovascular em pacientes portadores de doenças mentais graves / Linajanne Borges Muniz. -- 2023.

20 f.

Orientadora: Fernanda Lucia Capitanio Baeza.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Programa de Residência Médica, Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. doença mental. 2. risco cardiovascular. 3. protocolo de triagem. I. Baeza, Fernanda Lucia Capitanio, orient. II. Título.

RESUMO

A expectativa de vida de indivíduos portadores de doenças mentais graves, como esquizofrenia, transtorno do humor bipolar, transtorno depressivo maior e outros transtornos relacionados, é, em média, de 10 a 20 anos menor que a expectativa de vida da população geral. Embora a ocorrência do suicídio explique parte dessa redução na expectativa de vida da população com doenças mentais, diversas pesquisas mostram que as doenças físicas são as maiores responsáveis pela mortalidade prematura dessa população. Entre as doenças físicas, a doença cardiovascular aparece como a principal causa possivelmente evitável de morte prematura em indivíduos com transtornos mentais graves. A etiologia do risco aumentado para doenças cardiovasculares nesses pacientes é multifatorial, incluindo múltiplos fatores de risco, como maior prevalência de tabagismo e abuso de substâncias, ingestão alimentar inadequada, estilo de vida sedentário, menor acesso aos cuidados de saúde, além de efeitos colaterais metabólicos de medicamentos utilizados em seus tratamentos, como os antipsicóticos. Devido à importância do assunto e à escassez de estudos sobre o tema, esse trabalho buscou elaborar um protocolo de triagem de risco cardiovascular a ser usado no serviço de saúde mental do Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS-II) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Palavras-chave: doença mental grave; doença mental; risco cardiovascular; protocolo de triagem.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	5
1.1	JUSTIFICATIVA	6
1.2	OBJETIVOS	7
1.2.1	Objetivo geral	7
1.2.2	Objetivos específicos	7
2	MÉTODOS	8
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	9
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	9
	18	

1 INTRODUÇÃO

A expectativa de vida de indivíduos portadores de doenças mentais graves, como esquizofrenia, transtorno do humor bipolar, transtorno depressivo maior e outros transtornos relacionados é, em média, 10 a 20 anos menor que a expectativa de vida da população geral [1,2]. Embora a ocorrência de suicídio explique parte dessa redução na expectativa de vida da população com doenças mentais graves, diversas pesquisas mostram que as doenças físicas são as maiores responsáveis pela mortalidade prematura dessa população [3]. Entre as doenças físicas, a doença cardiovascular aparece como a principal causa possivelmente evitável de morte prematura em indivíduos com transtornos mentais graves [4, 5, 6].

A etiologia do risco aumentado para as doenças cardiovasculares nesses pacientes é multifatorial, incluindo múltiplos fatores de risco, como maior prevalência de tabagismo e abuso de substâncias, ingestão alimentar inadequada, estilo de vida sedentário, obesidade, menor acesso aos cuidados de saúde, além de possíveis efeitos colaterais metabólicos de medicamentos utilizados em seus tratamentos, como os antipsicóticos [4, 7, 8].

Um estudo realizado nos EUA que avaliou pacientes entre 2016 e 2018 para comparar a prevalência de fatores de risco cardiovascular em pacientes com doenças mentais graves e a população geral, atendidos em clínicas de atenção primária, encontrou que os fatores de risco que mais contribuíram para o aumento do risco em cardiovascular em pessoas com doenças mentais graves foram o índice de massa corporal (IMC) elevado e o tabagismo. Cerca de 80% dos pacientes com diagnóstico de doença mental grave apresentavam sobrepeso ou obesidade, comparado a 69% dos pacientes sem doença mental [19].

Uma metanálise abrangente, realizada por pesquisadores em 2017, apresenta dados quantitativos detalhados sobre a prevalência e a incidência de doenças cardiovasculares em indivíduos com diagnóstico de transtornos mentais graves, mostrando que cerca de 10% das pessoas com algum transtorno mental grave possuem ao menos uma doença cardiovascular já conhecida. Além disso, os pacientes com transtornos mentais graves apresentaram um risco 53% maior de desenvolver alguma doença cardiovascular e um risco 85% maior de óbito por doença cardiovascular em comparação com a população geral [20].

Apesar da existência de alguns *guidelines* que recomendam a realização de avaliações regulares de fatores de risco cardiovascular para pacientes com transtornos mentais graves [9, 10], tais condutas ainda são frequentemente negligenciadas. Diversos são os motivos para isso, como a fragmentação do cuidado em saúde desses pacientes, inclusive com a frequente separação geográfica entre os locais de atendimento em saúde mental e os locais de cuidados

com a saúde física; a frequente quebra de continuidade nos cuidados com a saúde dessa população; as limitações de tempo e recurso dos profissionais responsáveis pelos atendimentos; o estigma associado às pessoas portadoras de doenças mentais, incluindo os próprios profissionais de saúde, com o potencial de interpretar queixas físicas como sintomas psicossomáticos; dentre outros [11, 12].

Um estudo realizado na Holanda mostrou que pacientes com algum diagnóstico de transtorno mental grave, porém sem outras comorbidades, tiveram seus riscos cardiovasculares avaliados por seus médicos assistentes em apenas 8,5% dos casos, enquanto pacientes com alguma comorbidade conhecida, como diabetes mellitus tipo 2 ou alguma doença cardiovascular (como infarto do miocárdio prévio), tiveram o risco cardiovascular avaliado em 68,4% dos casos [13].

O estigma associado às pessoas portadoras de doenças mentais, incluindo aquele presente no sistema de saúde e entre os profissionais da área, é reconhecido como um obstáculo significativo para a obtenção de tratamento adequado e a recuperação dos pacientes, além de frequentemente contribuir para uma qualidade inferior no cuidado físico ofertado às pessoas com o diagnóstico de transtornos mentais [14].

Dada a prevalência desproporcionalmente elevada de fatores de risco cardiovascular encontrados na população com transtornos mentais graves, a realização de triagem de risco cardiovascular representa uma etapa inicial importante para garantir o diagnóstico e o tratamento adequado dessas condições nessa população e, assim, garantir um adequado cuidado em saúde geral a essa população, não só do ponto de vista mental, mas também físico.

1.1 JUSTIFICATIVA

Diante da incidência significativamente elevada de fatores de risco cardiovascular entre indivíduos com transtornos mentais graves, a implementação de triagens para avaliação desses fatores de risco é uma etapa crucial no adequado cuidado à saúde dessa população. [3,4,5]. Além disso, a implementação de protocolos padronizados para a adequada triagem de fatores de risco cardiovascular é uma ferramenta que pode auxiliar a melhorar as taxas de morbidade e mortalidade relacionadas a esses fatores de risco na população com doenças mentais graves.

Dessa forma, esse trabalho se propõe a realizar uma revisão narrativa abrangente e atualizada sobre os fatores de risco cardiovascular presentes na população de pacientes com

doenças mentais graves, além de propor um protocolo de triagem de risco cardiovascular a ser utilizado pelo Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS-II) do serviço de psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

1.2 OBJETIVOS

Este trabalho tem por objetivo revisar a literatura existente sobre fatores de risco cardiovascular em pacientes portadores de doenças mentais graves e propor um protocolo de triagem que possa ser utilizado para melhorar o cuidado em saúde dos pacientes com diagnóstico de doenças mentais graves acompanhados pelo Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS-II) do serviço de psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

1.2.1 Objetivo geral

O objetivo geral deste trabalho é investigar e sintetizar as evidências científicas disponíveis sobre os fatores de risco de doenças cardiovascular que estão presentes na população com diagnóstico de transtornos mentais graves, além de propor um protocolo de triagem de risco cardiovascular a ser utilizado pela população assistida pelo Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS-II) do serviço de psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

1.2.2 Objetivos específicos

1. Realizar uma revisão narrativa da literatura para identificar e analisar as evidências científicas mais recentes sobre os fatores de risco cardiovascular associados a transtornos mentais graves na população.

2. Sintetizar as informações coletadas para desenvolver um protocolo de triagem de risco cardiovascular personalizado, considerando as características e necessidades específicas da população assistida pelo Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS-II) do serviço de psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

2 MÉTODOS

Este trabalho consistiu em uma revisão narrativa sobre fatores de risco cardiovascular em pacientes com transtornos mentais graves. Foi realizada uma revisão abrangente da literatura nas plataformas MEDLINE, LILACS, SCIELO e BIREME entre os meses de outubro e novembro de 2023. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “cardiovascular risk” OR “cardiovascular disease” AND “severe mental disorder” OR “serious mental illness” OR “severe mental illness” OR “mental disorder” OR “mental illness”. Após a identificação inicial dos estudos, foi realizada uma análise dos resumos para verificar quais se adequaram ao tema.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As altas taxas de mortalidade em indivíduos com transtornos mentais graves se devem, em grande parte, a fatores de risco relacionados à saúde modificáveis [3]. Dessa forma, a inclusão do monitoramento e do tratamento desses fatores deve ser integrado à prática rotineira do psiquiatra clínico.

Evidências indicam que os pacientes com transtornos mentais graves geralmente têm uma faixa etária mais jovem, apresentam pressão arterial mais elevada e têm maior probabilidade de serem fumantes em comparação com as populações usadas para desenvolver sistemas de pontuação de risco cardiovascular, como o Escore de *Framingham*, utilizado para avaliação de risco cardiovascular da população geral. Algumas propostas de triagem de risco cardiovascular foram analisadas na literatura para pacientes com transtornos mentais graves. No entanto, não há um protocolo definido sobre o tema até o momento. Em uma revisão realizada por pesquisadores nos EUA, foi proposto que fossem triados cinco fatores de risco cardiovascular e um comportamento de risco, evidenciados como altamente prevalentes nessa população. Foram eles: excesso de peso e obesidade (por meio do IMC); diabetes mellitus; dislipidemia; hipertensão arterial sistêmica; e uso de tabaco, que são os fatores de risco mais avaliados na literatura [15, 16, 23].

A avaliação do risco de doenças cardiovasculares na população geral é geralmente realizada no contexto da atenção primária à saúde. No entanto, é importante observar que muitos pacientes que enfrentam problemas sérios de saúde mental frequentemente têm acesso limitado aos serviços de saúde em geral. Os psiquiatras frequentemente estão em uma posição privilegiada para coordenar a avaliação e o manejo do risco de doenças cardiovasculares, idealmente como parte de acordos de cuidado compartilhado com os serviços de saúde geral e especializados. A maior parte da avaliação desses fatores de risco são simples, de fácil execução, de baixo custo e podem ser realizadas rotineiramente por profissionais de saúde que não sejam médicos e, dessa forma, devem ser incluídas nas avaliações rotineiras dos pacientes com transtornos mentais graves [22].

É importante determinar o risco de doenças cardiovasculares na apresentação inicial dos pacientes, permitindo o monitoramento de qualquer mudança subsequente durante o tratamento. Desse modo, ao revisar o histórico médico e realizar exames, sugere-se incluir [22]:

- Antecedentes de doenças cardiovasculares, diabetes ou outras doenças relacionadas;

- Histórico familiar de doenças cardiovasculares prematuras, diabetes ou outras doenças relacionadas;
- Tabagismo;
- Peso e altura para calcular o índice de massa corporal (IMC) e a circunferência abdominal;
- Glicemia em jejum;
- Lipidograma em jejum: colesterol total, triglicerídeos, LDL (calculado) e HDL;
- Pressão arterial (medida duas vezes e obtida média), frequência cardíaca, ausculta cardíaca e pulmonar, pulsos nos pés;
- Eletrocardiograma (ECG).

É aconselhável realizar as medições durante a apresentação inicial e antes da primeira prescrição medicamentosa. A periodicidade dos testes dependerá do histórico médico do paciente e da prevalência de fatores de risco iniciais.

Para pacientes cujos testes iniciais estão dentro da normalidade, é aconselhável repetir as medições bioquímicas após 6 e 12 semanas do início do tratamento, além de pelo menos uma vez ao ano posteriormente. A frequência dos testes será determinada pela presença de fatores de risco e anormalidades detectadas [22].

3.1 Manejo dos fatores de risco de doença cardiovascular

3.1.1 Tabagismo

A cessação do tabagismo está correlacionada a uma redução de 75% no risco de eventos cardiovasculares em 10 anos considerados altos/muito altos. Diante disso, é fortemente recomendado que pacientes com transtornos mentais graves recebam forte estímulo para abandonar o hábito de fumar [29].

Dessa forma, os profissionais de saúde mental devem realizar a avaliação do uso de tabaco em todos os pacientes, aconselhar aqueles que fazem uso de tabaco a parar, auxiliar os pacientes na elaboração de um plano para cessar o tabagismo e manter acompanhamento. Caso necessário e viável, os pacientes podem ser encaminhados a um serviço de cessação do tabagismo que oferece aconselhamento comportamental, terapia de reposição de nicotina ou outras intervenções farmacológicas [22].

3.1.2 Obesidade

Manter um peso corporal saudável e uma forma física adequada por meio de uma alimentação saudável e atividade física regular é um elemento essencial para reduzir o risco de doenças cardiovasculares. Independentemente do uso de fármacos, os psiquiatras assistentes devem acompanhar e registrar o peso, o Índice de Massa Corporal (IMC) e a circunferência abdominal de cada paciente com transtornos mentais graves. É recomendável ainda encorajar os próprios pacientes a monitorarem e registrarem seus pesos [17, 21].

Ações rápidas são necessárias em pacientes que estão com excesso de peso na avaliação inicial ou que apresentam sinais de ganho de peso precoce com o uso de psicofármacos. O ganho de peso precoce (>7% do peso corporal nas primeiras 6 semanas de tratamento) parece ser um bom preditor de um subsequente ganho significativo de peso. Devido a isso, deve ser realizada triagem ao iniciar um antipsicótico, assim como quatro, oito e doze semanas após o início do antipsicótico (e quatro vezes por ano posteriormente) [18]. Os processos subjacentes ao ganho de peso causado por antipsicóticos são múltiplos e não estão completamente esclarecidos. A principal via desse aumento de peso parece ser a estimulação do apetite, embora existam outros mecanismos menos específicos, como a modificação no gasto de energia, que também podem desempenhar um papel nesse fenômeno [28].

Deve-se ponderar a substituição do antipsicótico quando uma pessoa ganha uma quantidade significativa de peso, especialmente se a resposta terapêutica for limitada [22]. Diversos agentes farmacológicos foram experimentados na tentativa de reverter ou prevenir o ganho de peso causado por antipsicóticos. Nenhum medicamento demonstrou ser especialmente eficaz, mas evidências sugerem que o uso da metformina pode reduzir o ganho de peso em pacientes adultos que fazem uso de antipsicóticos atípicos [25].

Os pacientes devem receber orientações para redução de peso caso apresentem [22]:

- Índice de Massa Corporal (IMC) >25 kg/m² (especialmente se for superior a 30 kg/m²);
- Circunferência abdominal superior a 88 cm em mulheres ou superior a 102 cm em homens.

O aconselhamento e apoio ao estilo de vida devem fornecer informações sobre a importância de uma alimentação saudável e exercícios regulares [24]. É aconselhável orientar os pacientes a dedicarem 30 minutos a atividades físicas moderadas, como uma caminhada

rápida, na maioria dos dias da semana. A possibilidade de encaminhamento a um nutricionista, educador físico ou a um programa de estilo de vida pode ser considerada, caso disponível [23].

3.1.3 Diabetes

Segunda a Associação Americana de Diabetes (ADA), os critérios para o diagnóstico de *diabetes mellitus* são os seguintes [24]:

- Glicemia em jejum ≥ 126 mg/dL (jejum definido como a ausência de ingestão calórica por pelo menos 8 horas)

OU

- Glicemia 2 horas após a ingestão de glicose durante o Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) ≥ 200 mg/dL

OU

- Hemoglobina glicada (HbA1c) $\geq 6,5\%$

OU

- Em um paciente com sintomas clássicos de hiperglicemia ou crise hiperglicêmica, glicose plasmática aleatória ≥ 200 mg/dL

Níveis de glicose plasmática em jejum entre 100 e 125 mg/dL (ou valores de HbA1c de 5,7 a 6,4% indicam pré-diabetes e requerem avaliação e acompanhamento mais detalhados [24]. Além disso, a possibilidade de resultados falso-positivos deve ser descartada por meio de pelo menos uma medição repetida da glicose plasmática em jejum. Se a anormalidade for confirmada, a frequência das medições da glicose plasmática em jejum deve ser aumentada para quatro vezes ao ano para avaliar a velocidade de aumento.

Da mesma forma, se os níveis de glicose plasmática em jejum forem ≥ 126 mg/dL ou os valores de HbA1c forem $>6,4\%$, é necessário excluir a possibilidade de resultados falso-positivos com pelo menos uma medição repetida da glicose plasmática em jejum. Se a segunda medição confirmar a irregularidade, isso deve direcionar a uma consulta com um clínico geral ou outro profissional da atenção primária para uma avaliação mais detalhada e, eventualmente, tratamento.

Além disso, é recomendado coletar uma medida inicial de glicose plasmática para todos os pacientes antes de iniciar o tratamento com antipsicóticos [21]. Após o início da medicação, deve-se monitorar novamente 3 meses após o início do antipsicótico, assim como

anualmente durante o acompanhamento posterior [18]. Além do efeito indireto no risco de diabetes por meio do ganho de peso, não é claro o mecanismo pelo qual os antipsicóticos induzem o diabetes e, provavelmente, envolve vários mecanismos diferentes [28].

Indivíduos com fatores de risco significativos para *diabetes mellitus* (histórico familiar, IMC ≥ 25 , circunferência abdominal acima dos valores críticos, diabetes gestacional, pertencentes a etnias minoritárias) devem ter seus níveis de glicose plasmática em jejum ou valores de hemoglobina A1C monitorados nos mesmos intervalos de tempo que outros pacientes que iniciam tratamento (linha de base, semanas 6 e 12). Contudo, após esse período, é necessário realizar verificações mais frequentes, aproximadamente a cada 3-6 meses. Para pacientes que estão ganhando 7% ou mais de seu peso corporal inicial, também é recomendado um monitoramento mais frequente dos níveis de glicose plasmática em jejum ou valores de hemoglobina A1C, por exemplo, a cada 4 meses [21].

Diversas pesquisas indicam que a intervenção no estilo de vida é eficaz na prevenção do diabetes tipo 2. Esses programas envolvem ajustes na dieta, perda de peso e aumento da atividade física. [28]. A expectativa é de que esses programas proporcionem benefícios na prevenção do diabetes, embora essa correlação ainda não tenha sido formalmente avaliada em indivíduos com transtornos mentais graves, apenas na população geral [22].

3.1.4 Dislipidemia

Recomenda-se realizar avaliação do perfil lipídico dos pacientes com transtornos mentais graves no momento da avaliação inicial do paciente e antes da primeira prescrição medicamentosa. A periodicidade dos testes posterior dependerá do histórico médico do paciente e da prevalência de fatores de risco iniciais [22].

Os parâmetros lipídicos, especialmente triglicerídeos e colesterol HDL, devem ser avaliados no início do acompanhamento e novamente após 6 e 12 semanas do início do tratamento, com avaliações anuais subsequentes. Não é necessário realizar triagens mais frequentes, a menos que sejam identificados valores anormais. Valores considerados anormais para o colesterol total são acima de 190 mg/dL para pacientes sem diabetes e acima de 175 mg/dL para pacientes com diabetes. No caso do colesterol de lipoproteína de baixa densidade (LDL), valores anormais são acima de 115 mg/dL para pacientes sem diabetes e acima de 100 mg/dL para pacientes com diabetes. No entanto, a viabilidade dessa avaliação como uma prática de rotina em todos os ambientes e para todos os pacientes pode ser limitada devido ao custo e à falta de disponibilidade [22].

Indivíduos que apresentam níveis moderadamente elevados de colesterol podem alcançar os níveis alvo por meio de mudanças na dieta, enquanto outros podem necessitar de tratamento para redução de lipídios, frequentemente utilizando estatinas [22].

3.1.5 Hipertensão arterial

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças cardiovasculares. Considerando o baixo custo da aferição da pressão arterial e a importância dela como um fator de risco significativo para doenças cardiovasculares, é apropriado avaliar rotineiramente a pressão arterial, até mesmo em cada visita médica. A hipertensão arterial em pacientes gravemente afetados por doenças mentais frequentemente passa despercebida. Recomendam-se níveis alvo de pressão arterial inferiores a 140/90 mmHg [26].

O uso de medicamentos antipsicóticos pode agravar a hipertensão devido ao aumento de peso, mas esse efeito pode ser compensado por um efeito hipotensivo resultante do bloqueio adrenérgico [22].

Recomenda-se realizar medida de pressão arterial ao iniciar um antipsicótico, assim como 3 meses após o início do antipsicótico (e anualmente posteriormente) [18].

A implementação de alterações no estilo de vida, como cessar o tabagismo, diminuir a ingestão de sal, perder peso e aumentar a prática de exercícios, pode ser eficaz na redução da pressão arterial levemente elevada. Contudo, é possível que alguns pacientes exijam intervenção farmacológica para o controle pressórico [22].

3.1.6 Parâmetros eletrocardiográficos

Alguns estudos e protocolos sugerem que a monitorização eletrocardiográfica (ECG) de pacientes com transtornos mentais graves seja considerada um parâmetro de base desejável para avaliar o estado geral da saúde cardíaca. Como prática geral, propõe-se que todos os pacientes realizem um ECG antes de iniciar o uso de psicofármacos. Uma avaliação inicial do ECG é especialmente crucial para pacientes com fatores de risco clínicos para arritmias, como histórico familiar de morte cardíaca precoce, antecedentes pessoais de sopro cardíaco, hipertensão ou diabetes, taquicardia em repouso, batimentos cardíacos irregulares e episódios de desmaio, principalmente durante o esforço físico [27].

3.1.7 Manejo de efeitos adversos cardiovasculares de psicofármacos

A decisão sobre a escolha de medicamentos psicotrópicos deve considerar os potenciais efeitos de diferentes agentes nos fatores de risco para doenças cardiovasculares, como peso, níveis de glicose e perfil lipídico. Isso é especialmente relevante em pacientes com sobrepeso, diabetes ou alto risco total de doenças cardiovasculares. O processo de tomada de decisão clínica é intrinsecamente complexo e precisa levar em conta, além disso, aspectos relacionados à eficácia.

3.2 Intervenções comportamentais

Exemplos de intervenções comportamentais para melhorar a saúde de pacientes com transtornos mentais graves incluem estratégias educacionais focadas em hábitos alimentares e atividade física.

No âmbito do comportamento alimentar, os pacientes podem ser incentivados a reduzir o consumo de *fast food*, aumentar o consumo de alimentos saudáveis, como frutas e legumes, além de reduzir a ingestão de alimentos com alto índice glicêmico. Além disso, reduzir o consumo de alimentos processados, fazer escolhas saudáveis de lanches, controlar o tamanho das porções, consumir 4-6 refeições diárias, além de comer mais lentamente e minimizar o consumo de refrigerantes com açúcar e adoçantes artificiais são abordagens benéficas [27].

No âmbito da atividade física, intervenções comportamentais podem envolver a manutenção de diários de atividades e listas diárias de atividades, aumentar os níveis de atividade física com atividades como caminhadas de intensidade moderada e reduzir comportamentos sedentários, como assistir TV em excesso ou jogar videogames. Além disso, abordar e reduzir a sedação e os efeitos extrapiramidais dos medicamentos pode contribuir para uma melhoria geral nos níveis de atividade física dos pacientes [27].

Dia 1 Todos os pacientes na 1ª consulta ou ao iniciar um medicamento (virgem de tratamento ou já em tratamento)

Passo 1: História

- Doenças prévias
- História familiar
- Tabagismo
- Sedentarismo
- Dieta

Passo 2: Exame físico

- Pressão arterial
- Peso
- Circunferência abdominal
- IMC

Passo 3: Exames laboratoriais

- Glicemia em jejum
- Lipidograma (CT, HDL, LDL e triglicerídeos)

Passo 4: Aconselhamento

- Cessação de tabagismo
- Alimentação saudável
- Exercícios físicos

Sem alterações

Pacientes em tratamento com antipsicóticos por >12 meses, com todos os exames normais, repetir os passos 2, 3 e 4 anualmente

Pacientes virgens de tratamento: Ao escolher o medicamento, considerar o perfil de risco cardiometabólico

Ao menos 1 fator de risco

- Escolha do antipsicótico: se em uso, rever tanto do ponto de vista metabólico quanto psiquiátrico;
- Tratamento medicamentoso pode ser necessário para reduzir o risco cardiovascular. Se possível, envolver o médico da atenção primária ou o especialista apropriado

1. Peso: $IMC \leq 25 \text{ kg/m}^2$
 2. Circunferência abdominal: Homem < 102 cm; mulher < 88 cm
- Em pacientes não diabéticos, considerar:
3. Pressão arterial $\leq 140/90 \text{ mmHg}$
 4. Colesterol total $\leq 190 \text{ mg/dl}$; LDL $\leq 115 \text{ mg/dL}$

Em pacientes diabéticos, referenciar ao médico da atenção primária ou ao endocrinologista para obter

Avaliar quando encaminhar ao médico da atenção primária ou ao especialista

Semana 6 Repetir os passos 2, 3 e 4 e checar tabagismo. Atenção especial aos pacientes com significativo aumento de peso nas primeiras 6 semanas de tratamento (>7% peso corporal): rever escolha medicamentosa neste caso

Semana 12 Sem alterações: Repetir os passos 2,3 e 4 e checar tabagismo

Anualmente Sem alterações: repetir anualmente

1 ou mais resultados anormais dos passos 2 e/ou 3

Figura 1: Protocolo de triagem de risco cardiovascular. Traduzido e adaptado de De Hert M, Dekker JM, Wood D et al. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness. Position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). Eur Psychiatry 2009;24:412-24.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A expectativa de vida de indivíduos com doenças mentais graves, como esquizofrenia, transtorno bipolar e depressão maior, é reduzida em média de 10 a 20 anos em comparação com a população geral. A mortalidade prematura nesse grupo é predominantemente atribuída a doenças físicas, sendo a doença cardiovascular destacada como a principal causa possivelmente evitável de óbitos precoces. Os fatores de risco cardiovascular nesses pacientes são multifatoriais, incluindo alta prevalência de tabagismo, abuso de substâncias, dieta inadequada, sedentarismo, obesidade e efeitos colaterais metabólicos de medicamentos, como antipsicóticos. Estudos indicam que o índice de massa corporal (IMC) elevado e o tabagismo são os principais contribuintes para o aumento do risco cardiovascular nessa população.

Apesar das diretrizes que recomendam avaliações regulares dos fatores de risco cardiovascular em pacientes com doenças mentais graves, essas práticas são frequentemente negligenciadas, atribuídas a desafios como fragmentação nos cuidados de saúde, falta de continuidade no atendimento, restrições de tempo e recursos e estigma associado. Estudos destacam a baixa avaliação de riscos cardiovasculares em pacientes com transtornos mentais, evidenciando a necessidade de superar barreiras para melhorar a atenção à saúde física nessa população. A triagem de risco cardiovascular é considerada crucial para diagnosticar e tratar adequadamente essas condições, buscando garantir uma atenção global à saúde desses pacientes.

A implementação das sugestões de avaliação de risco cardiovascular de pacientes com transtornos mentais graves presentes neste trabalho pode servir para a aprimoração na saúde médica e psiquiátrica de pacientes que enfrentam transtornos mentais graves. Os resultados positivos na saúde física desses pacientes podem beneficiar tanto os indivíduos quanto as comunidades. Mesmo ajustes mínimos na vigilância e no tratamento de distúrbios físicos, que não necessariamente implicam em grandes despesas, podem causar um impacto positivo nesse grupo de pacientes geralmente negligenciado e em situação de desvantagem.

REFERÊNCIAS

- 1 Chang C-K, Hayes RD, Perera G, et al. Life expectancy at birth for people with serious mental illness and other major disorders from a secondary mental health care case register in London. *PLoS One* 2011; 6: e19590.
- 2 Nordentoft M, Wahlbeck K, Hällgren J, et al. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS One* 2013; 8: e55176.
- 3 Hoang U, Goldacre MJ, Stewart R. Avoidable mortality in people with schizophrenia or bipolar disorder in England. *Acta Psychiatr Scand* 2013; 127:195-201.
- 4 Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2015;72:334-41.
- 5 Nordentoft M, Wahlbeck K, Hällgren J, et al. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS One* 2013; 8: e55176.
- 6 Melo, A. P. S, et al. All-cause and cause-specific mortality among people with severe mental illness in Brazil's public health system, 2000-15: a retrospective study. *Lancet Psychiatry* 2022; 9:771-81.
- 7 Swaraj S, Wang M, Chung D, et al. Meta-analysis of natural, unnatural and cause-specific mortality rates following discharge from in-patient psychiatric facilities. *Acta Psychiatr Scand* 2019; 140: 244–64.
- 8 Vancampfort D, Firth J, Schuch F, Rosenbaum S, Mugisha J, Hallgren M, et al. Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar and major depressive disorder: a global systemic review and meta-analysis. *World Psychiatry*. 2017;16(3):308–15.
- 9 (NICE). NIfHaCE. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management 2014. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>. Accessed 9 Nov 2018. 24.
- 10 (NICE). NIfHaCE. bipolar disorder (CG185) 2014 [updated 04-01-2018. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185>. Accessed 25 Apr 2018.
- 11 Druss BG (2007) Improving medical care for persons with serious mental illness: challenges and solutions. *J Clin Psychiat* 68(Suppl. 4): 40–44.
- 12 Leucht S, Burkhard T, Henderson J, Maj M and Sartorius N (2007) *Physical Illness and Schizophrenia: A Review of the Evidence*. Cambridge: Cambridge University Press.
- 13 Jakobs, K. M. et al. Cardiovascular risk screening of patients with serious mental illness or use of antipsychotics in family practice. *Family practice* (2020) 21:153.
- 14 Knaak S, Mantler E, Szeto A. Mental illness-related stigma in healthcare. *Healthc Manage Forum* 2017; 30: 111–16.

15 Baller, J. B. et al. Screening for cardiovascular risk factors in adults with serious mental illness: a review of the evidence. *BMC Psychiatry* (2015) 15:55.

16 Sokal J, Messias E, Dickerson FB, Kreyenbuhl J, Brown CH, Goldberg RW, et al. Comorbidity of medical illnesses among adults with serious mental illness who are receiving community psychiatric services. *J Nerv Ment Dis.* 2004;192(6):421–7.

17 United States Preventive Services Task Force (USPSTF): Recommendations for Adults. <http://www.uspreventiveservicestaskforceorg/adultrectm> 2013.

18 American Diabetes Association. American psychiatric association, American association of clinical endocrinologists, North American association for the study of obesity: consensus development conference for antipsychotic drugs and obesity and diabetes. *Diabetes Care.* 2004;27(2):596–601.

19 Rossom, R. C. et al. Cardiovascular risk for patients with and without schizophrenia, schizoaffective disorder, or bipolar disorder. *J Am Heart Assoc.* 2022; 11:e021444.

20 Correll, C. U. et al. Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry* 2017;163-180.

21 Marder SR, Essock SM, Miller AL et al. Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004;161:1334-49.

22 De Hert M, Dekker JM, Wood D et al. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness. Position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Psychiatry* 2009;24:412-24.

23 Taxis K, Schorr S, Fouchier M, Slooff C, Bruggeman R. Is it appropriate to use cardiovascular risk scores in patients with psychotic disorders? *Schizophr Res* 2008;102(1-3):169.

24 ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, et al., American Diabetes Association. Introduction and methodology: Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care* 2023;46(Suppl. 1):S1–S4.

25 Miller LJ. Management of Atypical Antipsychotic Drug–Induced Weight Gain Focus on Metformin Pharmacotherapy 2009;29(6):725–35

26 The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *European Heart Journal* (2016) 37,2315-2381.

27 Hert, M De et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry* 2011;10:138-151.

28 American Diabetes Association. Consensus Development Conference on Antipsychotic Drugs and Obesity and Diabetes. *Diabetes Care* 2004;27: 596–601.

29 Bobes J, Arango C, Garcia-Garcia M et al. Healthy lifestyle habits and 10-year cardiovascular risk in schizophrenia spectrum disorders: an analysis of the impact of smoking tobacco in the CLAMORS schizophrenia cohort. *Schizophr Res* 2010;119:101-9.