

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
CAMPUS NUNES SENADOR HELVÍDIO DE BARROS – CSHNB
CURSO LICENCIATURA EM CIÊNCIAS BIOLÓGICAS**

ANA CLÁUDIA RODRIGUES LEAL

**ALTERAÇÕES NO PERFIL LIPÍDICO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS NA
CIDADE DE PICOS-PI**

**PICOS-PI
2015**

ANA CLÁUDIA RODRIGUES LEAL

**ALTERAÇÕES NO PERFIL LIPÍDICO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOSNA
CIDADE DE PICOS-PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como requisito parcial para obtenção do título de Graduado em Licenciatura em Ciências Biológicas.

Orientadora: Dra. Iana Bantim Felício Calou

**PICOS-PI
2015**

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

L435a Leal, Ana Cláudia Rodrigues.

Alterações no perfil lipídico de pacientes psiquiátricos na cidade de Picos-PI / Ana Cláudia Rodrigues Leal. – 2015.

CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (40 f.)

Monografia(Licenciatura em Ciências Biológicas)- Universidade Federal do Piauí, Picos, 2015.

Orientador(A): Profª. Dra. Iana Bantim Felício Calou.

1. Doença Cardiovascular. 2. Doenças Psiquiátricas . 3. Medicamento Antipsicótico. I. Título.

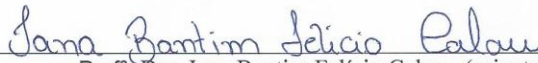
CDD 616.1

ANA CLÁUDIA RODRIGUES LEAL

**ALTERAÇÕES NO PERFIL LIPÍDICO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS NA
CIDADE DE PICOS-PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como requisito parcial para obtenção do título de Graduada em Licenciatura em Ciências Biológicas.

Data da aprovação: 03/07/2015



Prof.^a. Dra. Iana Bantim Felício Calou –(orientadora)



Prof. Dra Marcia Maria Mendes Marques – (Membro)



Prof.^a. Dra. Ticiano Maria Lúcio de Amorim-(Membro)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus, que iluminou o meu caminho durante esta caminhada me dando força nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional e aos meus irmãos que sempre tiveram paciência e confiança em mim.

À minha orientadora pela orientação, apoio e confiança.

Aos meus professores por me proporcionar o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional.

Aos amigos e colegas que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida com certeza, em especial minha amiga Ana Valéria de Jesus Brito pelo apoio constante em todos os momentos da minha graduação.

RESUMO

A incidência de doenças psiquiátricas como depressão e esquizofrenia tem crescido nos últimos anos. Apesar de provocarem melhora sensível dos pacientes que os utilizam, os antidepressivos e antipsicóticos apresentam efeitos colaterais que podem predispor seus usuários a comorbidades importantes, uma vez que podem promover alterações de apetite e do perfil lipídico predispondo a acidentes cardio e cerebrovasculares. O objetivo deste estudo foi Avaliar o perfil lipídico dos pacientes psiquiátricos atendidos no hospital Dia de Picos-Piauí como forma de prever o risco cardiovascular dos mesmos. O presente estudo envolveu os pacientes psiquiátricos internados no Hospital-Dia, em Picos- PI, a coleta dos dados foi feita através de 28 prontuários dos pacientes com diagnóstico de depressão e/ou esquizofrenia, no qual analisou-se as taxas de colesterol total, LDL, HDL, triglicérides, IMC, pressão arterial e o índice de acidente cardiovascular por meio de exames bioquímicos realizados nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2015. Os resultados mostraram a amostra foi composta por 14 do sexo feminino e 14 do sexo masculino e as doenças mais diagnosticadas foram F10, F20, F31 e F33. O perfil lipídico se encontrava dentro da faixa de normalidade, com exceção do HDL e apresentaram algumas alterações no IMC. A doença mais diagnosticada foi o Transtorno Afetivo do Humor e as prescrições de medicamentos são realizadas de forma “mecanizada” tendo em vista que todos os pacientes, ignorando suas particularidades ou estágios da doença recebiam a mesma prescrição de forma indistinta. Apesar da ótima condição metabólica, preditora de baixo risco de acidentes cardio e cerebrovasculares, uma triste situação foi revelada: a polifarmácia com o objetivo de “neutralizar” o paciente, na qual notou-se total inobservância das diretrizes médica.

Palavras-chaves: Doenças Cardiovasculares, Doenças psiquiátricas, Farmacoterapia, Perfil lipídico.

ABSTRACT

The incidence of psychiatric disorders such as depression and schizophrenia has grown in recent years. Despite causing significant improvement of the patients who use them, antidepressants and antipsychotics have side effects that may predispose their users to important comorbidities, since they can promote appetite changes and lipid profile predisposing to cardiovascular and cerebrovascular accidents. The objective of this study was to evaluate the lipid profile of treated psychiatric patients in the hospital Picos Piauí-Day as a way to predict cardiovascular risk thereof. This study involved psychiatric patients admitted to the Hospital Day in Picos- IP, data collection was done through medical records of 28 patients diagnosed with depression and / or schizophrenia, in which analyzed the total cholesterol rates, LDL, HDL, triglycerides, BMI, blood pressure and the cardiovascular event rate through biochemical tests conducted in January, February and March 2015. The results showed the sample consisted of 14 female and 14 male and the most diagnosed diseases were F10, F20, F31 and F33. The lipid profile was within the normal range, except for HDL and showed some changes in BMI. The most diagnosed disease was the Affective Mood Disorder and drug prescriptions are held in a "mechanized" in order that all patients, ignoring their particularities or stages of the disease received the same prescription interchangeably. Despite the great metabolic condition, a predictor of low risk for cardio and cerebrovascular accident, a sad situation was revealed: polypharmacy in order to "neutralize" the patient in which it was noted total disregard of medical guidelines.

Keywords: cardiovascular disease, psychiatric disorders, Pharmacotherapy, Lipid profile.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Análise do perfil lipídico de pacientes atendidos pelo Hospital Dia – Picos-PI.....	23
Figura 2 - Análise do perfil lipídico de pacientes atendidos pelo Hospital Dia com diagnostico F31 – Picos-PI	25
Figura 3 - Análise do perfil lipídico de pacientes atendidos pelo Hospital Dia com diagnostico F33 – Picos-PI.	27
Figura 4 - Análise do perfil lipídico de pacientes atendidos pelo Hospital Dia com diagnostico F20 – Picos-PI.	28
Figura 5 - Análise do perfil lipídico de pacientes atendidos pelo Hospital Dia com diagnostico F10 – Picos-PI	29

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Valores de referência do perfil lipídico para adultos maiores de 20 anos de acordo com a reunião conjunta de 2013 da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Patologia clínica e Medicina Laboratorial e a Sociedade Brasileira de Biomedicina.	21
Quadro 2 - Medicamentos indicados no tratamento medicamentoso do episódio maníaco.....	32
Quadro 3 - Medicamentos indicados no tratamento medicamentoso do episódio depressivo .	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Doenças diagnosticadas nos pacientes atendidos pelo Hospital Dia de acordo com o Código Internacional de Doenças – CID 10.....	22
Tabela 2 - Índice de massa corporal de pacientes atendidos no Hospital Dia de Picos-Pi.....	30
Tabela 3 - Medicamentos prescritos para pacientes com diagnóstico F31 de acordo com CID 10.....	31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1 DEPRESSÃO	15
3.2. ESQUIZOFRENIA.....	16
3.3. MEDICAMENTOS ANTIDEPRESSIVOS	17
3.4. MEDICAMENTOS ANTIPSICÓTICOS	17
3.5. ALTERAÇÕES NO PERFIL LIPÍDICO	18
4 MATERIAIS E MÉTODOS	21
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS	36

1INTRODUÇÃO

A incidência de doenças psiquiátricas como depressão e esquizofrenia tem crescido nos últimos anos (OPAS/OMS, 2001). Fatores como estilo de vida e exposição aumentada a drogas de abuso têm contribuído para isto.

As doenças psiquiátricas carregam consigo um estigma poderoso que acabam por afastar da sociedade as suas vítimas piorando ainda mais o quadro do paciente e dificultando a melhora. Tanto o preconceito quanto a falta de informação da população acerca das doenças psiquiátricas isolam os pacientes vitimados, que observam sua qualidade vida piorar a cada dia.

Por se tratarem de doenças de caráter crônico, tanto a depressão quanto a esquizofrenia exigem farmacoterapia por períodos de médio e longo prazo, no caso da primeira e por período indefinido no caso da doença psicótica.

A despeito de provocarem melhora sensível dos pacientes que os utilizam, os antidepressivos e antipsicóticos apresentam efeitos colaterais que podem predispor seus usuários a comorbidades importantes, uma vez que podem promover alterações de apetite e do perfil lipídico predispondo a acidentes cardio e cerebrovasculares.

Este estudo, a despeito de limitado por ter sido feito por análise de prontuários, tem por objetivo avaliar o perfil lipídico dos pacientes psiquiátricos atendidos no hospital dia de Picos como forma de predizer o risco cardiovascular dos mesmos. A observação da farmacoterapia empregada foi de fundamental importância tendo em vista as alterações metabólicas sabidamente provocadas pelos psicotrópicos. Analisando tais aspectos é possível formar um panorama sobre o tipo e qualidade do atendimento prestado aos pacientes, podendo servir de guia para adequações e aperfeiçoamento de práticas da instituição.

2OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as alterações no perfil lipídico dos pacientes psiquiátricos no Hospital O Dia da cidade de Picos-PI.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender melhor a fisiopatologia dos distúrbios de humores da esquizofrenia;
- Conhecer a ação dos medicamentos antidepressivos e antipsicóticos;
- Conhecer qual doença que mais prevalece nos pacientes psiquiátricos;
- Buscar alterações no colesterol, HDL, LDL e triglicérides de pacientes psiquiátricos em uso de medicamentos antipsicóticos a fim de promover uma prevenção a novos acidentes cardio e cerebrovasculares assim como melhorar as perspectivas desses pacientes por meio de um acompanhamento mais holístico que diminua o número e a gravidade de comorbidades.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Transtornos psicóticos e bipolares integram o grupo de transtornos mentais graves e têm uma prevalência global de cerca de 3% da população geral. A presença de fatores de risco cardiovascular (CRF) como obesidade, dislipidemia, diabetes mellitus, tabagismo em metabólicas síndrome é claramente maior nestes pacientes (FERNÁNDEZ-SAN-MARTÍN et al., 2014).

A despeito de afetar predominantemente uma população jovem, a expectativa de vida para portadores de doença mental é de 15-30 anos a menos do que o resto da população geral (COLTON; MANDERSCHIED 2006; VAN CITTERSETAL, 2010), o que se deve a interação de múltiplos fatores como a predisposição genética, ao estilo de vida, à fatores clínicos psicossociais, de forma mais marcante, a utilização de antipsicóticos, especialmente os de segunda geração (GOFF et. al., 2005).

A obesidade como um fator associado aos acidentes cardiovasculares, está associada à múltiplas patologias (KWON et al., 2006), que causam prejuízos funcionais além de diminuição da qualidade de vida. O impacto físico relacionado ao consumo de drogas psicotrópicas é fator determinante na redução de adesão ao tratamento e, conseqüentemente, às recaídas (ALVAREZ-JIMENEZ et al., 2006).

A conduta terapêutica em relação ao paciente psiquiátrico que prescrevia o asilamento sofreu alterações ao longo do tempo. Após a Segunda Guerra Mundial, em consequência de uma série de fatores sociais e econômicos, a desospitalização aparece como elemento da assistência psiquiátrica, desencadeando um processo de construção de uma nova política de saúde mental (MACHADO; MANCO, 2004).

Os serviços de internação parcial, como o oferecido pelos Hospitais-Dia, possibilitam a substituição da hospitalização psiquiátrica ou, uma extensão do atendimento ambulatorial ou, reabilitar ou, apoiar os pacientes em estados crônicos ou ainda uma intercambialidade destas possibilidades. O hospital-dia, como modalidade de assistência psiquiátrica, proporciona à família a possibilidade de vivenciar junto ao seu familiar doente uma maior convivência durante o tratamento, e a leva a buscar junto a esse familiar formas de facilitar o processo adaptativo de interação na família (CAMPOS, 1986)

Não obstante, várias polêmicas circundam o seu funcionamento uma vez que existe uma precariedade nas informações sobre a população atendida nesses “leitos-dia” ou mesmo sobre suas condições de funcionamento. Os poucos dados disponíveis são os resultados de

levantamentos retrospectivos em prontuários, com todas as limitações inerentes desse procedimento. A necessidade de conhecer a população atendida em HD, com dados que subsidiem tecnicamente decisões político-administrativas, é inegável (BLAYA, 1962; CAMPOS, 1986, KERR-CORREA et al., 1994; BANZATO et al., 1993).

Estudos que visem o conhecimento das práticas e condutas em “Hospitais-Dia” devem ser encorajados, afim de que possa fazer uma avaliação da efetividade de sua proposta em ajudar a reinserir os pacientes psiquiátricos na sociedade, respeitadas as suas diferenças. Outro ponto a ser analisado é o tipo de tratamento e atividades desenvolvidas no período da internação onde a ação conjunta do médico, farmacêutico, enfermeiro, nutricionista e terapeuta ocupacional devam convergir para a prevenção das co-morbidades e para o desenvolvimento social dos pacientes.

3.1 DEPRESSÃO

Uma das doenças psiquiátricas que mais acomete população atualmente é a depressão que pode modificar o estilo de vida, causando mudança no comportamento e provocando sofrimento mental (OCCAI; STRIEDER, 2011).

A depressão abrange áreas como medicina, psicologia e psiquiatria, pois está intimamente relacionada à fatores emocionais e também à sociedade, cultura e biologia (BAPTISTA, 2004; HORIMOTO; AYACHE; SOUSA, 2005).

A depressão causa diversas complicações como falta de sono, preocupação exagerada, ideias de suicídio, variações no apetite e peso e ainda uma culpa excessiva (FLAHERTY, 2005; HORIMOTO; AYACHE; SOUSA, 2005).

Segundo sua manifestação clínica, a depressão é crônica, periódica e comum, porém na maioria dos casos, em torno de 50% a 60% ela não é diagnosticada e com isso os pacientes não adquirem um tratamento eficaz (FLECK et al, 2003).

É uma enfermidade que acomete mais mulheres que homens, se tornando um problema de saúde pública, devido causar bastante sofrimento as pessoas que a possuem, merecendo prioridade de diagnóstico e tratamento precoce (STRIEDER, 2009; LACERDA et al., 2009).

Para o diagnóstico é importante avaliar o trajeto clínico, os exames, o contexto social, e principalmente o estado mental e emocional dos pacientes que sofrem com essa enfermidade (FLAHERTY, 2005; HORIMOTO; AYACHE; SOUSA, 2005).

3. 2. ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia é uma das doenças psiquiátricas mais estudadas que se caracteriza pelos seus aspectos clínicos e seu elevado potencial psicopatológico (NETO et al., 2007).

Os fatores de riscos para esquizofrenia podem ser a associação genética, na qual a herança é estimada em 0,83%, complicações obstétricas, que correspondem a 20 % dos casos e uso de maconha que através de estudo tem fornecido maior suporte ao surgimento e risco de desenvolver a doença (VERDOUX et al., 2005).

De acordo com a neuropatologia da doença a esquizofrenia pode provocar o aumento ventricular e a redução do volume cortical e do hipocampo, na qual sugere que uma alteração na sinapse seria o principal elemento da enfermidade (GLANTZ et al., 2006; HARRISON, 1999).

O diagnóstico da esquizofrenia é feito com base na tomografia e ressonância magnética da cabeça que podem confirmar se há alterações na anatomia do cérebro (ELKIS et al., 1995).

A esquizofrenia é mais precoce nos homens com início dos 18-25 anos e nas mulheres em torno dos 25-35 anos que dependerá do modo utilizado no diagnóstico da doença (CHAVES, 2000).

A prevalência no sexo masculino pode está relacionada com o prognóstico, comprometimento da personalidade pré-morbida, possibilidade de permanecer solteiro, início mais precoce e resposta negativa ao tratamento e alterações nas estruturas cerebrais (CHAVES, 2000).

Para compreensão da patologia da esquizofrenia foram necessários muitos avanços, mais ainda necessitam de muitas pesquisas para melhor esclarecimento da doença. Então, buscam-se medidas eficazes para o desenvolvimento do tratamento, controle e prevenção da esquizofrenia por meio de estudos especializados nos mecanismos de fisiologia e patologia da doença (NETO et al., 2007).

3.3. MEDICAMENTOS ANTIDEPRESSIVOS

Os medicamentos antidepressivos surgiram no final da década de 50, o que proporcionou um avanço no tratamento e na compreensão da depressão, por meio de sua utilização, tornando a doença passível de tratamento (MORENO et al., 1999).

Na literatura é evidente a eficácia dos antidepressivos no tratamento da depressão, seja amenizando ou abolindo os sintomas, sendo ela aguda, leve ou moderada (FLECK et al., 2003).

Os diversos tipos de antidepressivos possuem efeito equivalente para maioria dos pacientes com depressão, divergindo em suas implicações colaterais e na sua potencialidade de influência com outros medicamentos (FLECK et al., 2003).

Os antidepressivos caracterizam-se por reparar condições anômalas, que não interfiram em indivíduos normais (MORENO et al., 1999).

Existem antidepressivos como ADTs que beneficiam 70 % dos pacientes com a depressão e os inibidores de monoaminoxidase (IMAOs), mas embora eficazes podem causar efeitos colaterais devido sua ação e podendo ser letal se ingeri-los em grandes quantidades (MORENO et al., 1999).

Na atualidade os antidepressivos são classificados com base na farmacologia de sua ação funcional que visam aumentar a eficácia de sinapse de transmissão monoaminérgica (MORENO et al., 1999).

3.4. MEDICAMENTOS ANTIPSICÓTICOS

Os medicamentos antipsicóticos empregados no tratamento da esquizofrenia foram introduzidos na prática clínica na década de 1950. (MOREIRA; GUIMARÃES, 2007).

Primeiramente nomeados de “Neurolépticos”, ou “Tranquilizantes Maior”, eles são recentemente agrupados em “Antipsicóticos Típicos” ou “Antipsicóticos Atípicos” (MOREIRA; GUIMARÃES, 2007).

Os antipsicóticos atípicos e típicos apresentam eficácia análoga, sendo isso demonstrado por estudos feitos recentemente, porém os antipsicóticos convencionais são

inferiores quando comparados com os atípicos no que diz respeito ao seu efeito (DIÓGENES et al., 2007).

Os antipsicóticos mais novos são de preços mais elevados, e com isso se tornam menos utilizados pela população. Contudo eles aumentam a qualidade de vida representando um grande progresso para esses pacientes (DIÓGENES et al., 2007).

Através de estudos realizados por Arvid Carlsson descobriu-se que os antipsicóticos agem bloqueando a ação das monoaminas que são principalmente as catecolaminas, as noradrenalinas e dopaminas (MOREIRA; GUIMARÃES, 2007).

Os antipsicóticos aumentam o metabolismo da dopamina, porém agem principalmente, mas não exclusivamente, contrário aos receptores deste neurotransmissor, sendo responsável tanto pelo efeito terapêutico quanto pelos colaterais (MOREIRA; GUIMARÃES, 2007).

3.5. ALTERAÇÕES NO PERFIL LIPÍDICO

Os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) são atualmente os fármacos mais utilizados no tratamento da depressão leve e moderados. A predileção desses agentes aos antidepressivos tricíclicos se baseia em um perfil de efeitos colaterais mais brandos, contribuindo para uma melhor qualidade de vida dos pacientes. Não obstante, estes fármacos apresentam efeitos metabólicos importantes como pode-se citar os efeitos da fluoxetina sobre o metabolismo em geral e, sobretudo, o de lipoproteínas plasmáticas. Tal ação tem sido extensamente descrito e chama atenção, pois pode modificar o perfil lipídico do paciente o predispondo, algumas vezes, à aumento do risco cardiovascular (SANDER et al., 2008). Entretanto, ainda não se sabe se estas alterações são decorrentes de um efeito direto da fluoxetina ou da melhora do quadro clínico do paciente, uma vez que é conhecido que os distúrbios psiquiátricos para os quais a fluoxetina é utilizada podem modificar o perfil lipídico (WESTFALL, 2006)

Vários estudos clínicos já foram conduzidos para avaliar o real impacto dos ISRS sobre o perfil lipídico. Em um grupo específico de pacientes, os obesos, a fluoxetina (40 mg/dia) reduziu o colesterol total e aumentou o colesterol- HDL (PEDRINOLA et al.,1996).

Da mesma forma, Guimarães (2006) observou aumento do colesterol-HDL em mulheres obesas usuárias de fluoxetina (60mg/dia). No que se refere aos triglicerídeos, foram observadas elevações do seu conteúdo sérico em pacientes masculinos depressivos não

obesos, masculinos depressivos e com obesidade leve e em mulheres obesas (TEITELBAUM, 2001; GUIMARÃES, 2006).

Os pacientes com SCZ apresentam elevada prevalência de fatores de risco cardiovascular (FRCV) (Ferreira, Belo, & Abreu-Lima, 2010), e têm duas vezes maior mortalidade por doença cardiovascular que a população geral (VARGAS & SANTOS, 2011).

A observação da prevalência de múltiplos FRCV conduziu à recomendação do controle do perfil lipídico anualmente nestes pacientes quando o fármaco prescrito é de baixo risco, e de 3 em 3 meses quando é de elevado risco (DAVIS, CHEN, & GLICK, 2003). Se a dislipidemia persistir, pode ser administrada terapêutica para baixar os níveis o alterara prescrição de AP para outro com menor risco de alteração do perfil lipídico (MEYER, 2007).

No entanto, na SCZ os AP são apenas um dos fatores a considerar quando se analisa o excesso de peso, dislipidemia ou alterações do metabolismo da glicose, já que existem fatores inerentes à própria doença que contribuem para a não adoção de estilo de vida saudável e assim com maior probabilidade de DCV (VAN DORN et al., 2013).

O impacto positivo dos antipsicóticos atípicos (APAs) no manejo da esquizofrenia é incontestável. Seu maior ganho em relação ao uso dos antipsicóticos convencionais consiste na redução dos sintomas extrapiramidais, havendo, ainda, melhor eficácia em relação aos sintomas negativos, afetivos e cognitivos, sendo por isso considerado fármacos de primeira escolha no manejo da esquizofrenia (KEEFE, 1999; SILVA de LIMA et al., 2005).

A despeito de todos os benefícios envolvidos com o advento dos APAs, seu uso está relacionado ao aumento da prevalência de distúrbios metabólicos como diabetes tipo 2, obesidade, síndrome metabólica (SM) e dislipidemias. Apesar das tentativas, ainda não existe um protocolo ideal para o manejo desses pacientes que necessitam dos antipsicóticos, mas não podem ter incremento do risco cardiovascular (CONSENSUS DEVELOPMENT CONFERENCE ON ANTIPSYCHOTIC DRUGS AND OBESITY AND DIABETES, 2004).

O mecanismo através do qual os APAs geram hiperlipidemia e os demais componentes da Síndrome Metabólica ainda não foram completamente esclarecidos. A resistência à insulina, entretanto, insinua-se como fator central desse mecanismo, vez que se associa ao aumento de triglicérides e LDL, além de diminuir o HDL-C. Em um estudo com 14 pacientes tratados com olanzapina, acompanhado por cinco meses, mostrou que a maioria dos pacientes apresentou hiperinsulinemia, hiperlipidemia e hiperleptinemia, com níveis de triglicérides e índice de massa corporal (IMC) correlacionados com os de glicose e insulina (MELKERSSON et al., 2000). Esses resultados sugerem que a olanzapina talvez cause hiperinsulinemia, induzindo diretamente resistência periférica à insulina em nível celular, não

afastando as hipóteses de um efeito direto no metabolismo lipídico e gerando, secundariamente, resistência insulínica ou hiperinsulinemia, ou até mesmo um efeito direto da droga nas células beta pancreáticas e na secreção insulínica.

Os derivados dibenzodiazepínicos apresentam efeitos mais significativos nos triglicerídeos. Clozapina, olanzapina e quetiapina dividem com eles a propensão de aumentar

Triglicerídeos de forma muito mais importante que o colesterol total (MEYER, 2001). No entanto o mecanismo exato dessas alterações ainda não foi esclarecido. Baseando-se no fato de alguns estudos mostrarem hipertrigliceridemia independente de ganho ponderal (Meyer 2001; 2004), especula-se algum mecanismo direto dos antipsicóticos atípicos no metabolismo lipídico. É sabido que o bloqueio 5-HT_{2c} em ratos induz obesidade e resistência insulínica, mas não parece induzir diretamente hiperlipidemia (TECOTT et al., 1995; CURZON et al., 2000). Implicação da hiperleptinemia no ganho ponderal induzido por olanzapina e clozapina foi sugerida em estudo que mostrou níveis mais elevados de leptina com essas medicações em relação à risperidona, mesmo após ajuste para o IMC (ATMACA et al., 2003).

Apesar do desconhecimento do mecanismo de ação exato para o desenvolvimento das dislipidemias no tratamento com APA, a evidência na literatura revela uma tendência que correlaciona aumento de peso e alterações do perfil lipídico. As alterações mais relevantes nos TGs, no CT e no LDL-C estão associadas ao uso de clozapina e olanzapina, drogas que produzem o maior ganho ponderal. Em sentido inverso caminham drogas como o aripiprazole a ziprasidona, associados à menor aumento de peso e menor risco de dislipidemias.

Risperidona e quetiapina possuem efeitos intermediários (CONSENSUS DEVELOPMENT CONFERENCE ON ANTIPSYCHOTIC DRUGS AND OBESITY AND DIABETES, 2004).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo é caracterizado como descritivo observacional, no qual envolveu os pacientes psiquiátricos internados no Hospital-Dia, na cidade de Picos, no Estado do Piauí.

A coleta dos dados foi feita através da observação de 28 prontuários dos pacientes psiquiátricos com diagnóstico de depressão e/ou esquizofrenia, independente de idade, sexo e raça.

Analisou-se as taxas de colesterol total, LDL, HDL, triglicerídeos, IMC, pressão arterial e o índice de acidente cardiovascular por meio da análise de exames bioquímicos dos pacientes. O estudo realizados nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2015, a fim de verificar a ocorrência de alterações no perfil lipídico (Quadro 1) e antecipar comorbidades significativas como acidentes cardio e cerebrovasculares.

Quadro 1 - Valores de referência do perfil lipídico para adultos maiores de 20 anos de acordo com a reunião conjunta de 2013 da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Patologia clínica e Medicina Laboratorial e a Sociedade Brasileira de Biomedicina.

Lipídeos	Valores (mg/dL)	Categoria
Colesterol Total	< 200	Desejável
	200 - 239	Limítrofe
	≥ 240	Alto
HDL	> 60B	Desejável
	< 40	Baixo
LDL	< 100	Ótimo
	100 – 129	Desejável
	130 – 159	Limítrofe
	160 – 189	Alto
	≥ 190	Muito alto
Triglicerídeos	< 150	Ótimo
	150 – 200	Desejável
	200 – 249	Alto
	≥ 500	Muito alto

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do estudo foi composta por 14 pacientes do sexo feminino e 14 do sexo masculino e as doenças diagnosticadas encontradas, de acordo com a lista CID 10 - Cadastro Internacional de Doenças, foram F10, F20, F31 e F33 (**tabela 1**).

Tabela 1 - Doenças diagnosticadas nos pacientes atendidos pelo Hospital Dia de acordo com o Código Internacional de Doenças – CID 10.

CID	DIAGNÓSTICO REFERIDO	PACIENTES DIAGNOSTICADOS* NO HOSPITAL DIA- PICOS
F10	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool	5
F 20	Esquizofrenia	2
F 31	Transtorno Afetivo Bipolar	17
F 33	Transtorno Depressivo Recorrente	4

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

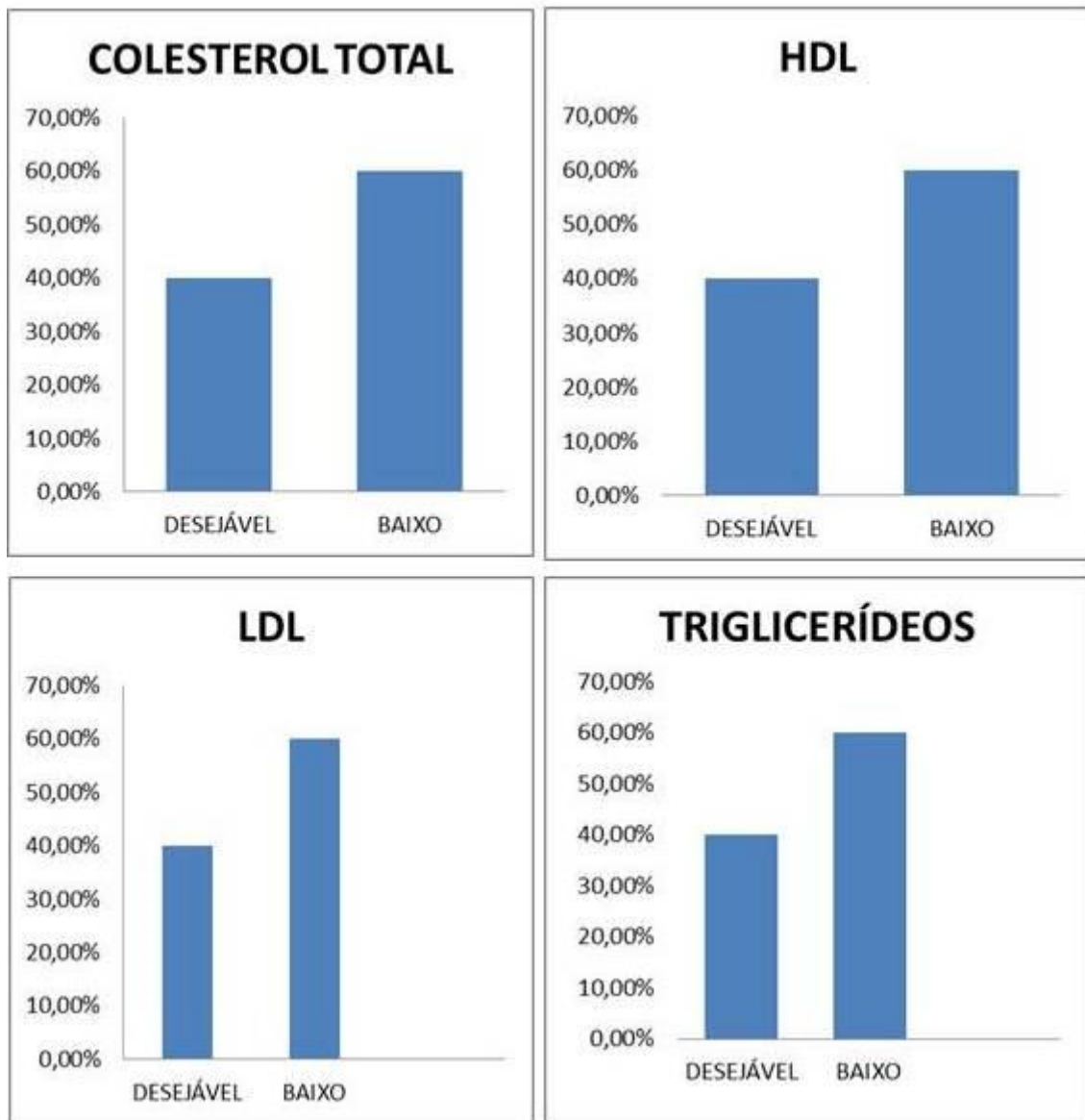
Alguns estudos apontam a predominância do sexo feminino dentre os pacientes de Hospitais Dia (BANZATO et al., 1993). Este estudo não observou tal padrão por representar apenas uma amostra e esta não ser randomizada com relação ao sexo. A amostra foi, pois, escolhida de forma deliberada a ter o mesmo número de pacientes de ambos os sexos.

Um estudo realizado em um Hospital Dia no estado de São Paulo apontou que os transtornos afetivos representam a grande maioria dos diagnósticos dos internados (BANZATO et al., 1993; LIMA & BOTEGA, 2001). Estes são transtornos nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto entre os quais, quadros de mania, depressão e distúrbios de bipolaridade (CID 10, 2011). Como observado na tabela 1, a grande maioria dos pacientes que tiveram seus prontuários analisados apresentavam depressão ou Transtorno de Bipolaridade, estando de acordo com o quadro encontrado na maioria dos Hospitais Dia.

Embora os transtornos mentais causem pouco mais de 1% da mortalidade, são responsáveis por mais de 12% da incapacitação decorrente de doenças. Esse percentual aumenta para 23% em países desenvolvidos. Das dez principais causas de incapacitação, cinco delas são transtornos psiquiátricos, sendo a depressão responsável por 13% das incapacitações, alcoolismo por 7,1%, esquizofrenia por 4%, transtorno bipolar por 3,3% e transtorno obsessivo-compulsivo por 2,8% (ANDRADE et al, 2006).

Analisando os prontuários dos pacientes, observou-se que os níveis de colesterol assim como as demais medidas que perfazem o perfil lipídico se encontravam dentro da faixa de normalidade ou mesmo abaixo dela, com exceção do HDL (Figura 1).

Figura 1 - Análise do perfil lipídico de pacientes atendidos pelo Hospital Dia – Picos-PI.



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Pacientes com Transtorno Mental Grave (TMG) apresentam maior prevalência de fatores de risco cardiovascular. Várias teorias tentam explicar a presença de alterações metabólicas apresentados neste grupo de pacientes: características próprias da patologia (consequente estresse e resposta inflamatória); vulnerabilidade genética; fatores relacionados ao estilo de vida; ou efeito colateral do tratamento medicamentoso (TOALSON et al., 2004;

ELKIS et al., 2008). Os antipsicóticos são à base do tratamento da esquizofrenia desde início dos anos de 1950, sendo divididos naqueles de primeira geração e nos de segunda geração, estes intimamente associados a alterações metabólicas (FALKAI et al., 2005).

Diferentes tipos de intervenção têm sido testados objetivando a diminuição deste risco. Em um estudo de metanálise, ficou claro que a adoção de uma dieta adequada muitas vezes limita a ação dos psicotrópicos sobre os eventos metabólicos (SAN-MARTÍN et al., 2014). Embora seja difícil para os pacientes com (TMG) aumentarem atividade física e diminuir a ingestão de alimentos, devido às limitações da doença e, principalmente, aos efeitos adversos de antipsicóticos, a literatura sugere que o exercício físico e mudança de hábitos alimentares são possíveis sob a supervisão de programas específicos (CENTORRINO et al., 2006).

À luz dessas considerações, é possível estabelecer uma hipótese sobre os resultados encontrados no estudo uma vez que a alimentação dos pacientes é de responsabilidade da instituição (Hospital Dia), que tem a oportunidade de fornecer uma dieta balanceada aos internos. Apesar de não serem acompanhados por nutricionistas, os pacientes se alimentam de comida simples, caseira, preparada especialmente para eles e em horários regulares, o que pode ser determinante na diminuição do risco cardiovascular.

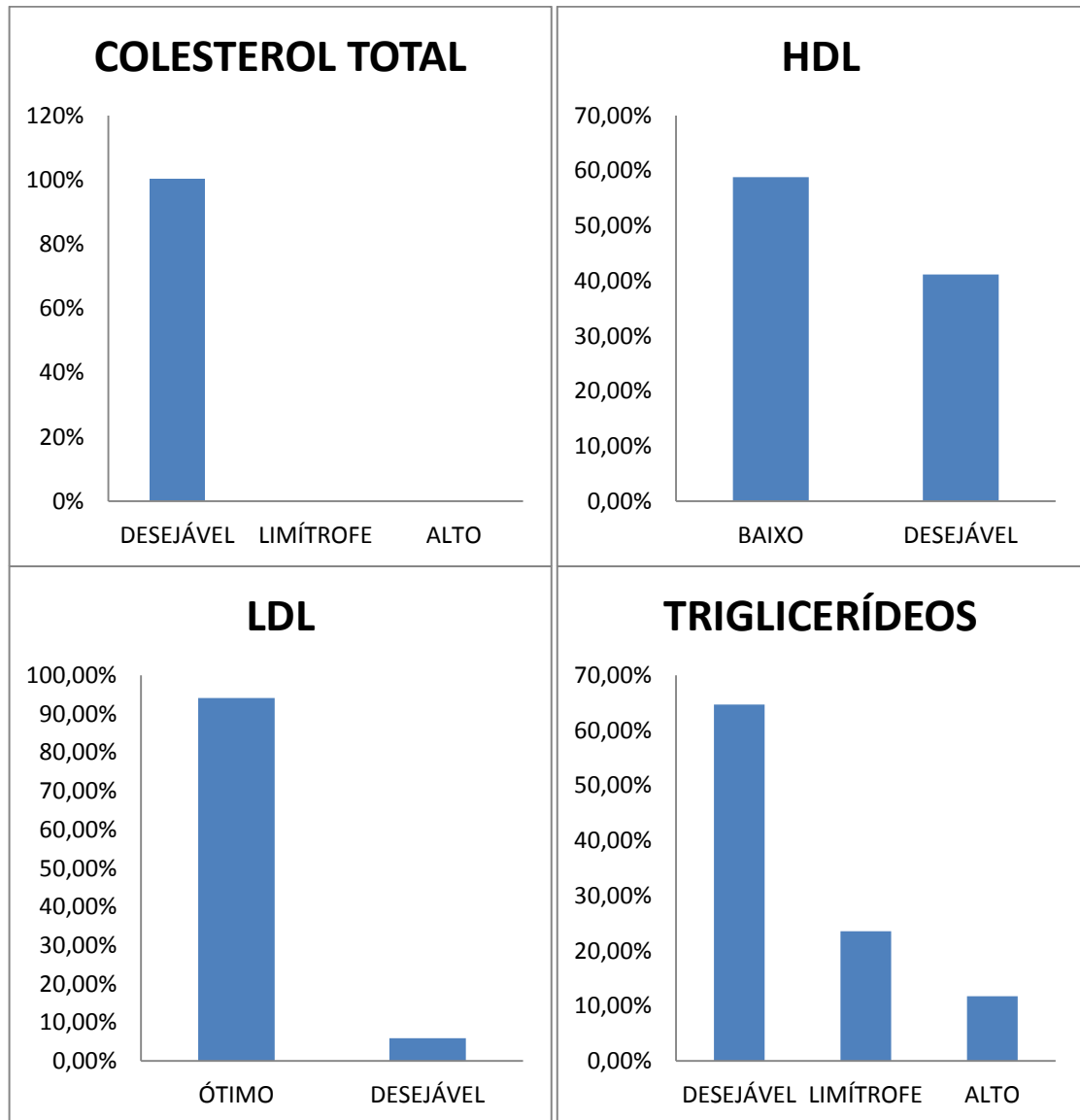
Os níveis de HDL, abaixo do recomendado em 60% dos casos analisados, não podem ser atribuídos de forma certa, sem vieses, à doença ou a medicação dos pacientes com TMG, uma vez que este problema é percebido de forma geral em todo o ocidente. Nos últimos 20 anos, mudanças importantes na nutrição e nos hábitos humanos foram observadas, associadas à adoção de um estilo de vida mais sedentário, devido à industrialização e à estratégia de comunicação e disseminação do que hoje se conhece por “Modo de vida ocidental”. Todo este quadro resultou na ruptura entre ingestão e consumo de energia bem como no excesso relativo e nas deficiências de alguns nutrientes metabolicamente relevantes (MOLENDI-COSTE et al., 2010).

Na década de 60 do século passado, grande parte dos ácidos graxos saturados da dieta foi substituído por ácidos graxos poliinsaturados; a manteiga deu lugar à margarina e aos óleos vegetais parcialmente hidrogenados, produtos mais baratos e bem aceitos por suas propriedades físicas e de palatabilidade. Não obstante, o processo de hidrogenação dos óleos vegetais forma os ácidos graxos trans e já foi demonstrado que estes ácidos graxos aumentam os níveis plasmáticos de colesterol elevando o LDL e diminuindo o HDL (SILVA et al., 2005).

A análise do perfil lipídico de pacientes, segregados pelo diagnóstico, também se apresentou favorável. Ao observar o perfil lipídico de pacientes com TAB apenas 11,6%

apresentaram os níveis de triglicerídeos aumentados, estando todas as demais medidas dentro da normalidade (figura 2).

Figura 2 - Análise do perfil lipídico de pacientes atendidos pelo Hospital Dia com diagnóstico F31 – Picos-PI



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Existe uma associação bem estabelecida entre transtornos mentais graves e anormalidades metabólicas (TOALSON et al., 2004). No Brasil alguns estudos com resultados importantes, principalmente no que concerne aos transtornos psicóticos, têm apontado para isto (LEITÃO-AZEVEDO et al., 2006; ATTUX et al., 2007). Elevadas taxas de síndrome metabólicas foram encontradas em pacientes internados com esquizofrenia, TAB

e transtorno depressivo maior: 40%, 42,9% e 52,9%, respectivamente (TEIXEIRA & ROCHA, 2007).

Algumas características fisiopatológicas do TAB apontam a necessidade de se estudar as anormalidades metabólicas nessa população. Alterações nas vias metabólicas, hiperatividade do eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal e disfunção imunológicas e do perfil de adipocitocinas, estão presentes tanto nos episódios de humor quanto nos períodos de remissão (Mc INTYRE et al., 2007). Tais alterações deletérias em mecanismos adaptativos podem explicar algumas das complexas interações entre o transtorno do humor bipolar e as condições médicas gerais (KAPCZINSKI et al., 2008).

Quando observado o perfil lipídico dos pacientes com Distúrbio depressivo recorrente (F33), alterações mais marcantes foram detectadas como aumento da porcentagem de pacientes com triglicérideo alto, além do fato de que todos que receberam este diagnóstico apresentavam HDL em níveis abaixo do recomendado (Figura 3).

Foi descrito desde 1937, em pacientes depressivos, o excesso de mortalidade devido a doenças cardiovasculares, representando aproximadamente 40% das causas de morte (MALZBERG, 1937), sendo de suma importância o comprovado agravamento da morbidade e mortalidade dos pacientes cardíacos com depressão, que quando comparados com os cardiopatas que não possuem depressão, sua mortalidade pode ser 3,1 vezes maior, independente das disfunções clínicas e da severidade cardiológica (FRASURESMITH et al., 1993).

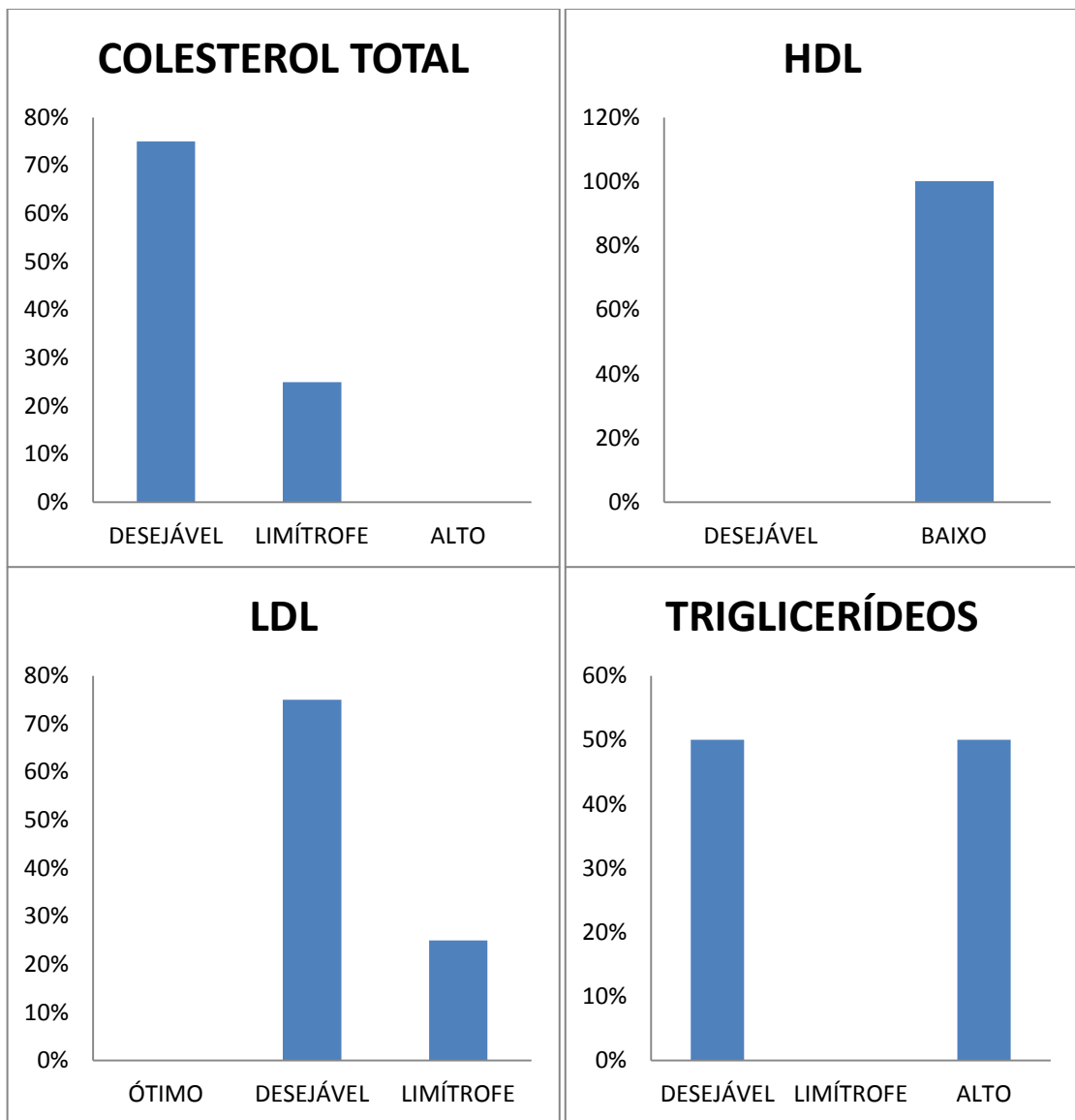
Em 2004 uma pesquisa comparando os pacientes cardiopatas deprimidos e os não deprimidos, firmou-se que o risco para os pacientes com depressão sofrerem um acidente coronariano é análogo ao dos pacientes com obesidade, e apenas um pouco mais baixo que o apresentado por pacientes que possuem o hábito de fumar (THE AMERICAN PSYCHOSOMATIC SOCIETY, 2004). Foi observado que pacientes com depressão, não tratado apresentam pior prognósticos e elevado fator de risco para doenças cardiovasculares que os pacientes que realiza de forma adequada a farmacoterapia (TAMAI, 2003).

Na amostra estudada, metade dos pacientes diagnosticados com F33 apresentaram elevação dos triglicédeos, este resultado é corroborado por outros estudos. Em 2011, um estudo realizado por Occai e Strider com 27 pacientes depressivos internados, observou prevalência de 42,6%.

É importante refletir de forma crítica a respeito dos resultados encontrados uma vez que a amostra de pacientes diagnosticados com F33 foi muito pequena (n=4), portanto limita gravemente a confiabilidade da associação. Apesar dos dados terem sido alcançados em

amostras pequenas é pertinente a realização de estudos que visem estabelecer a relação entre os mecanismos envolvidos entre a depressão, medicamentos utilizados e o aumento de triglicérides.

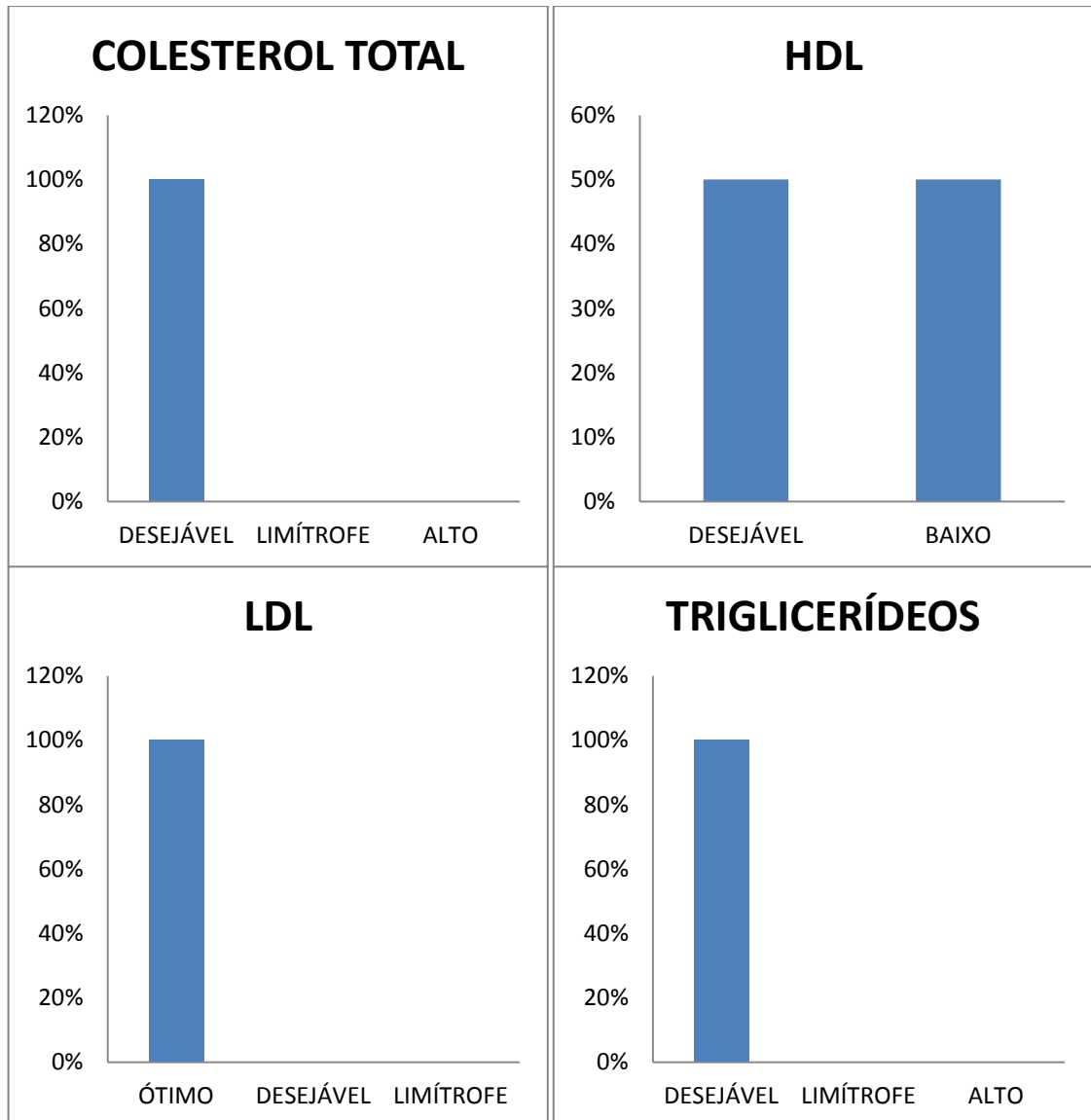
Figura 3 - Análise do perfil lipídico de pacientes atendidos pelo Hospital Dia com diagnóstico F33 – Picos-PI.



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Os pacientes internados com diagnóstico de esquizofrenia também tiveram o perfil analisado nem qualquer alteração importante (Figura 4). Fato não esperado devido às alterações metabólicas típicas do tratamento farmacológico da doença.

Figura 4 - Análise do perfil lipídico de pacientes atendidos pelo Hospital Dia com diagnóstico F20 – Picos-PI.



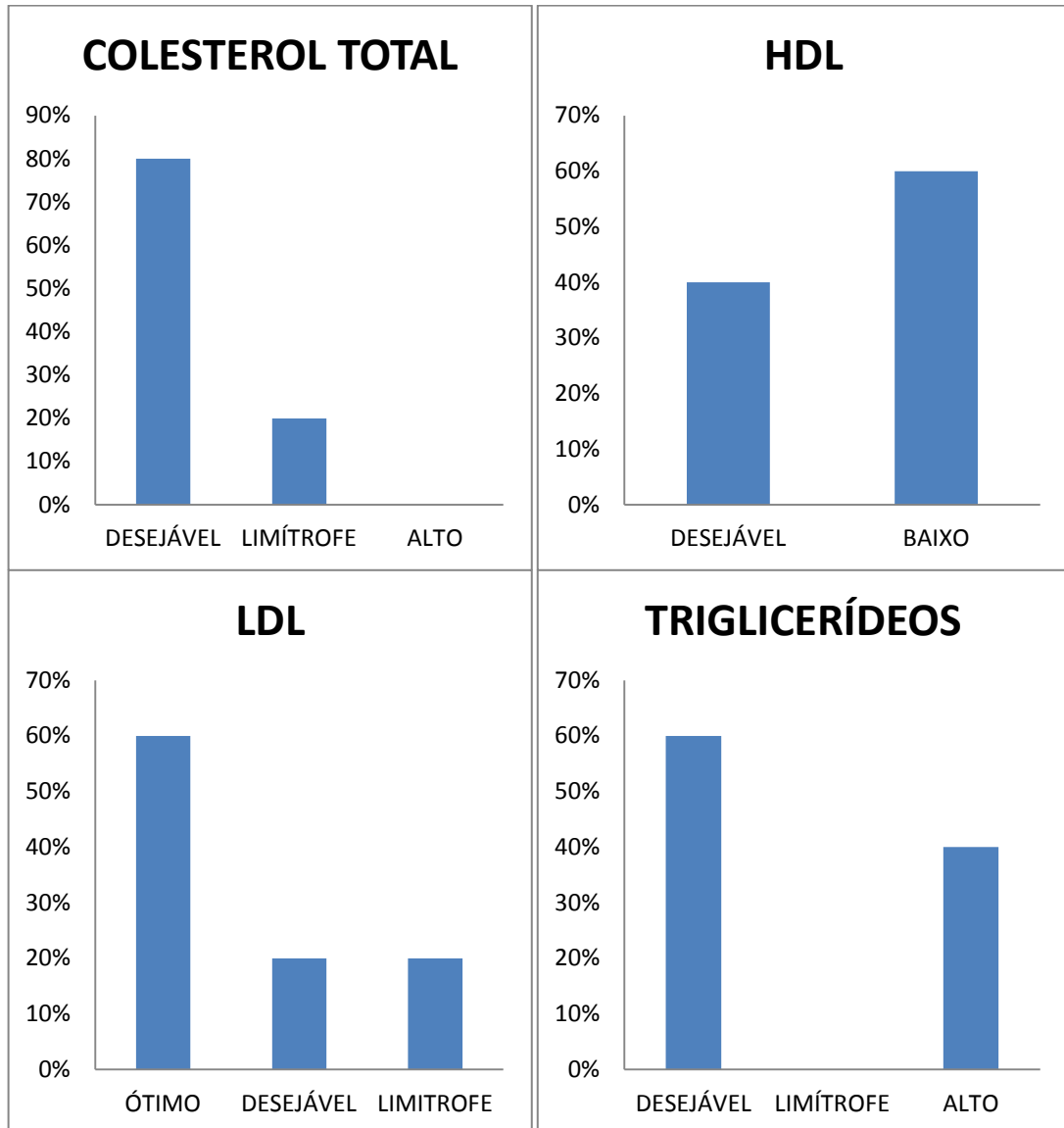
Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A segunda causa mais frequente de internações psiquiátricas é o alcoolismo, correspondendo a 32% da ocupação nos hospitais e clínicas, sendo também o quinto predominante em relação às consultas em ambulatorios (VAISMAM, 1998). No Brasil estudos apontam que cerca de 5.283.000 pessoas sejam dependentes de álcool representando 11,2% (VAISMAM, 1998).

Cinco pacientes da amostra estudada estavam internados devido a problemas com álcool. Alterações significativas e importantes, conseqüentes da patologia, não foram observadas (figura 5). Quase metade dos pacientes diagnosticados com F 10 apresentaram

elevação dos níveis de triglicérides, que é mais reflexo da dieta e do hábito do alcoolismo *per si* que implicação da doença.

Figura 5 - Análise do perfil lipídico de pacientes atendidos pelo Hospital Dia com diagnóstico F10 – Picos-PI



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

O Risco cardiovascular não é definido apenas pelo perfil lipídico, o índice de massa corporal (IMC), a pressão arterial, mais recentemente a relação LDL/HDL assim como hábitos de vida, fornecem dados importantes de estimativa de risco. Os pacientes analisados no Hospital Dia de Picos, apresentaram algumas alterações importantes no IMC (Tabela 2).

Tabela 2 - Índice de massa corporal de pacientes atendidos no Hospital Dia de Picos-PI.

IMC	CLASSIFICAÇÃO	% DA AMOSTRA
<18	Magreza	0
18-25	Normal	47,3
25-30	Sobrepeso	26,3
30-35	Obesidade I	8,8
35-40	Obesidade II	8,8
>40	Obesidade III	8,8

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

O IMC é uma medida simples e reprodutível do grau de obesidade de um indivíduo, sendo empregada para mensurar o grau de adiposidade em grandes estudos populacionais. Diversos estudos demonstraram que quanto maior o IMC da população, maior é a prevalência de fatores de risco cardiovascular (MANSON et al., 1990; LAMON-FAVA et al., 1996; RABKIN et al., 1997).

A psiquiatria foi extremamente beneficiada década de 50 do século passado devido ao desenvolvimento dos psicofármacos. De forma muito singular, o benefício obtido pelos pacientes que apresentavam surtos psicóticos e maníacos, possibilitou sua reinserção na sociedade. Não obstante, são abundantes os estudos que avaliaram o ganho de peso em pacientes em uso de psicofármacos. Um aumento na incidência de obesidade e diabetes melito entre pacientes psiquiátricos foi observado ainda na década de 60, como resultado indesejável do uso de antipsicóticos (ZIMMERMANN et al., 2003; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2004; WIRSHING, 2004).

Nos anos 80 e 90, a reabilitação da clozapina, a síntese dos demais antipsicóticos atípicos e a disseminação do uso do lítio e do ácido valpróico chamaram novamente a atenção para os efeitos metabólicos desses medicamentos (TEIXEIRA & ROCHA, 2006). Os Antidepressivos tricíclicos, inibidores de monoaminoxidase e lítio também mostraram possuir efeitos adversos metabólicos importantes relacionados ao ganho de peso (GARLAND; REMICK; ZIS, 1988). Outro fato importante associado ao uso de psicotrópicos, em especial à associação de antidepressivos com antipsicóticos é o aumento no risco de morte súbita cardíaca por ocasião de um evento isquêmico (HONKOLA et al., 2011).

Apesar deste estudo não ter um período de seguimento dos indivíduos, foi difícil de determinar se houveram mudanças importantes de peso após a internação, no momento da coleta de dados não foram observadas alterações significativas no peso e IMC a despeito do uso de fármacos com potencial para tanto. Alguns fatores podem determinar este fato, como o uso de fluoxetina, fármaco presente em todas as prescrições de pacientes pesquisados da

instituição diagnosticados com Transtorno Bipolar e com depressão, que sabidamente diminui a ingestão alimentar. Corroborando com esta ideia, um estudo realizado em 2006, mulheres obesas ao receberem fluoxetina por 90 dias apresentaram diminuição significativa de peso, do colesterol LDL e triglicerídeos além de aumento no colesterol HDL (GUIMARÃES, 2006).

Outro fator que deve ser considerado é a escolha dos antipsicóticos. A risperidona, pertencente à classe dos antipsicóticos de segunda geração ou atípicos, é o que provoca menor ganho de peso, cerca de 0,2 kg por mês (LIEBERMAN et al., 2005). Neste estudo, analisamos os tratamentos prescritos à pacientes com Transtorno Afetivo do Humor, por ter se tratado da patologia mais diagnosticada entre os participantes da pesquisa (tabela 3). A associação mais frequente de fármacos encontrada foi risperidona + diazepam + levomepromazina + prometazina, onde os dois últimos fármacos citados apresentam intenso bloqueio dos receptores histaminérgicos com consequente e marcante efeito orexígeno. Vale ressaltar, ainda, que a administração de um orexígeno só leva a aumento de peso na ocorrência da ingestão de alimentos. Com as refeições em horários fixados, os pacientes podem até sentir desejo de se alimentar, sem concretizar o ato.

Tabela 3 - Medicamentos prescritos para pacientes com diagnóstico F31 de acordo com CID 10.

FÁRMACO	POSOLOGIA/HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES
FLUOXETINA	20mg/8:00hr	Antidepressivo ISRS
RISPERIDONA	2mg/8:00 e 20hrs	Antipsicótico atípico
PROMETAZINA	25mg/8:00 e 20hrs	Anti-histamínicos
LEVOMEPRMAZINA	25mg/20hrs	Antipsicótico
CARBAMAZEPINA *	200mg/8:00 e 20hrs	Anticonvulsivante/estabilizador do humor
FENOBARBITAL *	100mg/20hrs	Anticonvulsivante/estabilizador do humor
CARBONATO DE LÍTIO	300mg/8:00 e 20hrs	Estabilizante de humor
DIAZEPAM *	1mg/20:00hrs	Ansiolítico/sedativo/anticonvulsivante

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

O estado maníaco seja a condição definidora do diagnóstico de transtorno bipolar, o estado depressivo é a condição sintomática mais frequente na vida do paciente sendo responsável pela maior parte da incapacitação e sofrimento gerados ao paciente. Centros de referência norte-americanos aconselha que, sempre que possível seja evitado o uso de antidepressivos devido ao risco de virada maníaca e, quando necessário, nunca o prescrever sem um estabilizante de humor (YATHAM et al., 2009).

Observou-se que no Hospital Dia de Picos, as prescrições de medicamentos são realizadas de forma “mecanizada” tendo em vista que todos os pacientes, ignorando suas particularidades ou estágios da doença (se em estágio maníaco ou depressivo com ou sem episódios psicóticos) recebiam a mesma prescrição de forma indistinta. A associação medicamentosa mais comum foi: risperidona + prometazina+ carbamazepina+ Levomepromazina (F31.1 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos, quando o paciente estava em estágio depressivo, adicionava-se fluoxetina).

Em 2014 foi aprovado o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Transtorno Afetivo Bipolar na forma de minuta de Portaria do art. 34, inciso II, c/c art. 59 do Decreto nº 4.176, de 28 de março de 2002, que cita:

O carbonato de lítio é o medicamento mais bem validado no tratamento do TAB, tanto no tratamento dos episódios agudos de humor como na prevenção de novos episódios, além de ser o único que demonstra redução de suicidalidade e mortalidade por todas as causas em pacientes com transtornos de humor, seu uso é recomendado como primeira escolha, entre as opções de estabilizadores de humor”.

No entanto, a mais eficaz conduta terapêutica medicamentosa da mania é a associação de um estabilizador de humor como o carbonato de lítio, o ácido valproico ou a carbamazepina (ALLEN et al., 2006; WEISLER et al., 2006; ROSA et al., 2011) com um antipsicótico (RENDELL et al., 2006). Os quadros 2 e 3 apontam as condutas farmacoterapêuticas que devem ser seguidas em pacientes com TAB em estados de mania e depressão, respectivamente.

Quadro 2 - Medicamentos indicados no tratamento medicamentoso do episódio maníaco.

	ESTABILIZADOR DE HUMOR	ANTIPSICÓTICO
NÍVEL 1	Carbonato de lítio	Risperidona
NÍVEL 2	Ácido valproico	Olanzapina
NÍVEL 3	Carbamazepina	Haloperidol
NÍVEL 4		Clozapina

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Transtorno Afetivo Bipolar (2014)

O paciente agudamente maníaco pode se apresentar em um estado grave de agitação. Para controle emergencial, os benzodiazepínicos, os antipsicóticos atípicos e os convencionais são os medicamentos mais prescritos nessa situação.

Quadro 3 - Medicamentos indicados no tratamento medicamentoso do episódio depressivo

FARMACOTERAPIA	
NÍVEL 1	Carbonato de lítio
NÍVEL 2	Quetiapina
NÍVEL 3	Lamotrigina
NÍVEL 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Olanzapina +Fluoxetina ▪ Carbonato de lítio + Fluoxetina ▪ Ácido valproico+ Fluoxetina

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Transtorno Afetivo Bipolar (2014).

É notória a inobservância às recomendações para o controle do TAB. O uso de antipsicóticos típicos que não o haloperidol sabidamente não fornecem benefício ao paciente. A utilização da levoprometazina visa o efeito sedativo sobre o paciente e, devido ao parkinsonismo esperado com sua administração, um anticolinérgico é aconselhado. No estudo, a droga com efeitos anticolinérgicos prescrita foi a prometazina, um anti-histamínico igualmente potente em induzir sedação. A risperidona, antipsicótico mais prescrito, também apresenta como efeito adverso frequente a sedação. E, por fim, a carbamazepina, a despeito de efeito sedativo discreto, é progressivo. Esta mistura insana de medicamentos, atualmente denominada de “camisa de força química”, produz indivíduos que vivem em eterno estado contemplativo, alheios ao mundo que os cercam.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante que se tenha sempre em mente que o foco principal do tratamento da doença mental é o paciente. De forma geral, os transtornos mentais se desenvolvem nas fases iniciais da vida ou, considerando episódios mais tardios, em fase laboral o que determina que os acometidos pelos mesmos sofram impactos significativos em múltiplas facetas da vida como nas relações interpessoais e no âmbito financeiro, facilitando o isolamento social e a marginalização dos pacientes. O objetivo dos tratamentos deve, portanto, contemplar estes aspectos, garantindo uma longa remissão de sintomas com consequente diminuição do impacto da doença e da farmacoterapia empregada sobre aspectos metabólicos, cognitivos, sociais e ocupacionais.

A observação holística do paciente sempre fornece dados valiosos. Neste estudo, o objetivo precípua era avaliar se as alterações metabólicas induzidas pelos tratamentos das patologias atendidas no Hospital Dia estavam representando riscos de co-morbidades, especialmente cardiovasculares, nos pacientes na instituição. A despeito da ótima condição metabólica, preditora de baixo risco de acidentes cardio e cerebrovasculares, uma triste situação foi revelada: a polifarmácia com o objetivo de “neutralizar” o paciente.

Notou-se total inobservância das diretrizes médica que objetivam padronizar tratamentos, guardadas, obviamente, as particularidades de cada caso, afim de racionalizar o máximo possível a terapêutica. O recomendável, para a farmacoterapia racional dos Transtornos mentais, é que, além dos parâmetros clínicos usualmente observados, sejam também avaliados os níveis de incapacitação psicossocial, buscando desenvolver uma maior autonomia para os pacientes, o que não está acontecendo no local.

A portaria 224 do Ministério da Saúde estabeleceu normas e possibilitou o surgimento de serviços de internação parcial, admitindo e ressaltando a importância da Reforma Psiquiátrica. Não obstante, os critérios para credenciamento, funcionamento e fiscalização destes estabelecimentos devem ser aprimorados, uma vez que os serviços prestados se encontram muito distantes daqueles idealizados.

É absolutamente relevante para a psiquiatria brasileira que as Universidades e os profissionais de saúde com interesse na área desenvolvam pesquisas que visem conhecer e compreender as práticas implementadas nos Hospitais Dia, para auxiliarem o Ministério da Saúde a estabelecer critérios mais específicos de funcionamento das internações parciais, não

apenas no que concerne à economia de recursos, mas principalmente, à qualidade da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

- ALLEN, M.H; HIRSCHFELD, R.M; WOZNIAK, P.J; BAKER, J.D; BOWDEN, C.L. **Linear relationship of valproate serum concentration to response and optimal serum levels for acute mania.** The American journal of psychiatry. 2006;163(2):272-5.
- ATTUX, C.; QUINTANA, M. I.; CHAVES, A. C. **Weight gain dyslipidemia and altered parameters for metabolic syndrome on first episode psychotic patients after six-month follow-up.** Ver Bras Psiquiatr. 2007;29(4):346-9.
- BANZATO, C. E. M; RAIMUNDO, A. M.G; MALVEZZI, E; RIBEIRO, C. A. S. **Hospital-dia do SS Cândido Ferreira: avaliação do primeiro ano de funcionamento.** J Bras Psiquiatr. 1993;42:197-201
- BAPTISTA, M. N. **Suicídio e Depressão: Atualizações.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 268 p.
- BLAYA, M. **O primeiro hospital-dia psiquiátrico no Brasil: análise do seu funcionamento e de seus problemas.** Arq Clin Pínel 1962;1:28-33.
- CAMPOS, M. A. **O hospital-dia como alternativa assistencial em psiquiatria: opinião de pacientes e seus familiares [tese].** Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 1986.
- CANÇADO, J. R et al. **Métodos de laboratório aplicados à clínica.** 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.
- CANNON, T. D; KAPRIO, J.; LONQVIST, J.; HUTTUNEN, M; KOSKENVUO, M. – The Chaves, A. C. **Diferenças entre os sexos na esquizofrenia.** Ver. Bras. Psiquiatr. Vol.22 s.1 São Paulo May 2000.
- CONSULTA PÚBLICA Nº 24, DE 16 DE DEZEMBRO DE 2014. O Secretário de Atenção À Saúde torna pública, nos termos do art. 34, inciso II, c/c art. 59 do Decreto nº 4.176, de 28 de março de 2002, minuta de Portaria que aprova, na forma do Anexo, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Transtorno Afetivo Bipolar.
- CURZON, G.; GIBSON, L.; OLUYOMI, A. O. **Appetite suppression by commonly used drugs depends on 5-HT receptors but not on 5-HT availability.** Trends Pharmacol Sci, 18(1): 21-5, 1997.
- DAVIS, J. M., CHEN, N., & GLICK, I. D. (2003). **A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics.** Archives of General Psychiatry, 60(6), 553-564.
- DIÓGENES, A. R; RODRIGUES, F. C; XAVIER, C. A; GUERRA, C. G; ALVES, M. S. C. F; FERREIRA, A. A. **Análise da relação entre custo e consumo dos antipsicóticos típicos e atípicos: implicações para a saúde pública.** R. Ci. méd. biol., Salvador, v.6, n.3, p. 275-281, set./dez. 2007
- dition of dexfen fluramineto fluoxetine in the treatment of obesity: a randomized clinical trial. Obes Res 1996; 4(6): 549-554.

ELKIS, H; GAMA, C; SUPLICY, H et al. **Consenso brasileiro sobre 9. Antipsicóticos de segunda geração e distúrbios metabólicos.** Rev Bras Psiquiatr. 2008; 30:77-85.

ELKIS, H; FRIEDMAN, L; WISE, A; MELTZER, H.Y. **Meta-analyses of studies of ventricular enlargement and cortical sulcal prominence in mood disorders. Comparisons with controls or patients with schizophrenia.** Arch Gen Psychiatry 52: 735-746, 1995.

FALKAI, P; WOBROCK, T; LIEBERMEN, J et al. **World Federation of 11. Societies of Biological Psychiatry (WFSBP). WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Schizophrenia.** World J Biol Psychiatry. 2005;6:132-91.

M. I. FERNÁNDEZ-SAN-MARTÍN, R. MASA-FONT, L. PALACIOS-SOLER, P. SANCHO-GÓMEZ, C. CALBÓ-CALDENTEY, G. FLORES-MATEO. **Effectiveness of Valerian on insomnia: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials** Sleep Med., 11 (2010), pp. 505–511.

FERREIRA, L.; BELO, A.; & ABREU-LIMA, C. (2010). **A case-control study of cardiovascular risk factors and cardiovascular risk among patients with schizophrenia in a country in the low cardiovascular risk region of Europe.** Revista Portuguesa de Cardiologia, 29(10), 1481-1493.

FLAHERTY, D; JANICAK. **Psiquiatria, diagnóstico e tratamento.** 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. Genetic epidemiology of schizophrenia in a Finnish Twin Cohort. Arch Gen Psychiatry 55: 67-74, 1998.

FLECKA, M. P. A; LAFERB, B; SOUGEYC, E. B; PORTOD, J. A. D; BRASILE, M.A; JURUENAF, M. F. **Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão** (versão integral). Guidelines of the Brazilian Medical Association for the treatment of depression (complete version). Rev Bras Psiquiatr 2003; 25(2):114-22.

GLANTZ, L. A; GILMORE, J. H; LIEBERMAN, J. A.; JARSKOG, L. F. **Apoptotic mechanisms and the synaptic pathology of schizophrenia.** Schizophr Res 81: 47-63, 2006.

GUIMARÃES, C. **Tolerabilidade e eficácia da fluoxetina na redução de parâmetros antropométricos e metabólicos em mulheres obesas.** Tese (Mestrado) –Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto 2006.

GOFF, D. C; SULLIVAN, L. M; MCEVOY, J. P., *et al* (2005). **A comparison of ten-year cardiac risk estimates in schizophrenia patients from the CATIE study and matched controls.** *Schizophrenia Research*, 80, 45-53.

HARISSON, P.J. **The neuropathology of schizophrenia: A critical review of the data and the its interpretation.** Brain 122: 593-624, 1999.

HORIMOTO, F. C; AYACHE, D; GUIZZO, C; SOUZA, J A. **Depressão: Diagnóstico e Tratamento pelo Clínico.** São Paulo: Roca, 2005. hypoglycemia. Am J Physiol Endocrinol Metab 2008; 294(5): 853-860.

KAPCZINSKI, F; VIETA, E; ANDREAZZA, A. C et al. **Allostático ad in bipolar disorder: implications for pathophysiology and treatment.** *Neurosci Biobehav Rev.* 2008;32(4):675-92.

KEEFE R.S; SILVAS.G; PERKINS, D.O; LIEBERMAN, J.A. **The effects of atypical antipsychotic drugs on neurocognitive impairment in schizophrenia: a review and meta-analysis.** *Schizophr Bull*, 25(2): 201-22, 1999.

KERR-CORREA, F; ROSSINI, M. G.C; BERGAMO, M. L.N; LEVY, M.B; RIBEIRO, M. B.S; FORTES, S. M. D. **O hospital-dia de Botucatu da Unesp: uma experiência de 12 anos.** *Rev ABP-APAL* 1994;16:89-93.

LACERDA, A. L. T; QUARANTINE, L. C; SCIPPA, A. M; PORTO, J. A et al. **Depressão, do neurônio ao funcionamento social.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

LAMON-FAVA S; WILSON, P.W.F; SCHAEFER, E.J. **Impact of body mass index on coronary heart disease risk factors in men and women.** *The Framingham Offspring Study. Arterioscler Thromb Vase Biol*1996;16:1509-15.

LEITÃO-AZEVEDO, C. L.; GUIMARÃES, L. R.; ABREU, M. G.; GAMA, C. S.; LH de Andrade, MC Viana, CM Silveira **Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher.** Ver *Psiquiatr Clín*, 2006

LIEBERMAN, J.A; STROUP, T.S; MCEVOY, J.P; SWARTZ, M.S; ROSENHECK, R.A; PERKINS, D.O et al. **Efect iveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia.** *N Engl J Med.* 2005;353(12):1209-23

LIMA, M. C. P; BOTEGA, N. J. **Hospital-dia: para quem e para quê? Day hospital: for whom and for what?** *Rev Bras Psiquiatr* 2001;23(4):195-9.

LOBATO, M. I.; ABREU, P. S. B. **Increased dyslipidemia in schizophrenic outpatients using new generation antipsychotics.** *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28(4):301-4.

MACHADO, V. C; MANCO, A. X. **“A recusa á desospitalização entre pacientes internos de hospital psiquiátrico”.** Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP. 2004

MANSON, J.E et al. **A prospective study of obesity and coronary heart disease in women.** *N Engl J Med*1990;322:882-9.

MCINTYRE, R. S.; SOCZYNSKA, J. K.; KONARSKI, J. Z.; WOLDEYOHANNES, H. O.; LAW, C. W.; MIRANDA, A. et al. **Should Depressive Syndromes Be Reclassified as "Metabolic Syndrome Type II"?** *Ann Clin Psychiatry* 2007;19(4):257-64.

MELKERSSON, K. I; HULTING, A. L; BRISMAR, K. E. **Elevated levels of insulin, leptin, and blood lipids in olanzapine-treated patients with schizophrenia or related psychoses.** *J Clin Psychiatry*, 61(10): 742-9, 2000.

MEYER J. M; KORO, C. E. **The effects of antipsychotic therapy on serum lipids: a comprehensive review.** Schizophr Res, 70 (1): 1-17, 2004.

MEYER J. M. **Effects of atypical antipsychotics on weight and serum lipid levels.** J Clin Psychiatry, 62(Suppl 27): 27-34. 2001.

MEYER, J. (2007). **Drug-drug interactions with antipsychotics.** CNS Spectrums, 12 (12 Supl 21), 6-9.

MORENO, R. A; MORENO, D. H; SOARES, M. B. M. **Psicofarmacologia de antidepressivos.** Ver. Bras. Psiquiatr. vol. 21 s.1 São Paulo May 1999.

NETO, A. G. A. A; BRESSAN, R. A; FILHO, G. B. **Fisiopatologia da esquizofrenia: aspectos atuais.** Rev. Psiq. Clín. 34, supl2; 198-203, 2007.

NEWCOMER, J.W. **Medical risk in patients with bipolar disorder and schizophrenia.** J Clin Psychiatry. 2006;67:25-30.

OCCAI, B. K.; STRIEDER, M. Unoesc & Ciência – ACBS, Joaçaba, v. 2, n. 1, p. 57-66, jan./jun. 2011.

OLIVIER MOLENDI-COSTE, VANESSA LEGRY, and ISABELLE, A. Leclercq. **Why and How Meet n-3 PUFA Dietary Recommendations?** Gastroenterology Resear chand Practice Volume 2011, Article ID 364040, 11 pages

PEDRINOLA, F; SZTEJNSZNAJD, C; LIMA, N; HALPERN, A; MEDEIROS, N. G. The ad SANDERS, N.M; WILKINSON, C.W; TABORSKY, G.J; AL-NOORIS; DAUMEN, W; ZAVOSH, A; FIGLEWICZDP. **The selective serotonin reuptakein hibitor sertraline enhances counter regulatory responses** to Silva de Lima M, de Jesus Mari J, Breier A, Maria Costa A, Ponde de Sena E, Hotopf M. Quality of life in schizophrenia: a multicenter, randomized, naturalistic, controlledtrial comparing olanzapineto first-generation antipsychotics. J Clin Psychiatry, 66(7): 831-8, 2005.

RABKIN, S.W; CHEN, Y; LEITER, L, LIU, L; REEDER, B.A. **Risk factor correlates of body mass index.** Can Med Assoc J 1997;157(suppl 1):S26-31.

RENDELL, J.M; GIJSMAN, H.J; BAUER, M.S; GOODWIN, G.M; GEDDES, G.R. **Risperidon ealoneor in combination for acute mania.** The Cochrane data base of systematic reviews. 2006(1):Cd004043.

ROSA, A.R; FOUNTOULAKIS, K; SIAMOULI, M; GONDA, X; VIETA, E. **Isanti convulsant treatment of mania a classeffect?** Data from randomized clinical trials.CNS neuroscience & therapeutics.2011;17(3):167-77.

SHARMA, R; MARKAR, H. R. **Mortality in affective disorder.** J Affect Disord. 1994;31:91-6.

SILVA A. P et al. **Ácidos graxos plasmáticos, metabolismo lipídico e lipoproteínas de ratos alimentados com óleo de palma e óleo de soja parcialmente hidrogenado.** Rev. Nutr., v. 18, p. 229-237, 2005.

STEMMLE, P. G.; KENNA, H. A.; WANG, P. W.; HILL, S. J.; KETTER, T. A.; RASGON, N. L. **Insulin resistance and hyperlipidemia in women with bipolar disorder.** J Psychiatr Res.43 (3): 341-3, 2009;

STRIEDER, R. **Depressão e Ansiedade em profissionais de educação das regiões da Amerios e da Ameosc.** Roteiro, v. 34, n. 2, Joaçaba: Ed. Unoesc, 2009. the data and their interpretation. Brain 122: 593-624, 1999.

TECOTT, L. H; SUN, L. M; AKANA, S. F; STRACK, A.M; LOWENSTEIN, D.H; DALLMAN, M. F; JULIUS, D. **Eating disorder and epilepsy in mice lacking 5-HT_{2c} serotonin receptors.** Nature, 374(6522): 542-6, 1995.

TEITELBAUM, M. **Severe Hyper triglyceridemia Secondary to Venlafaxine and Fluoxetine.** Psychosomatics 2001; 42(5): 440-441.

TEIXEIRA, P.J; ROCHA, F.L. **The prevalence of metabolic syndrome among psychiatric patients in Brazil.** Rev Bras Psiquiatr. 2007;29(4):330-6.

TOALSON, P; AHMED, S; HARDY, T; KABINOFF, G. **The Metabolic Syndrome in Patients with Severe Mental Illnesses.** Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2004;6(4):152-8.

VAISMAM, M. **Alcoolismo com problema de saúde no trabalho: avaliação de um programa para tratamento para funcionários de uma universidade.** Rio de Janeiro: UFRJ, 1998.

VAN DONR, R. A; DESMARAIS, S. L; TULLER, S. J; JOLLEY, J. M; JOHNSON, K. L.; & SWARTZ, M. S. (2013). **Drug and alcohol trajectories among adults with schizophrenia: Data from the CATIE study.** Schizophrenia Research, 148(1-3), 126-129. doi: 10.1016/j.schres.2013.05.006.

VARGAS, T. d. S. & SANTOS, Z. E. d. A. (2011). **Prevalência de síndrome metabólica em pacientes com esquizofrenia.** Scientia Medica, 21(1), 4.

VERDOUX, H; TOURNIER, M.; COUGNARD, A. **Impact of substance use on the onset of early psychosis.** Schizophr Res 79: 69-75, 2005.

WEISLER, R.H; HIRSCHFELD, R; CUTLER, A.J; GAZDA, T; KETTER, T.A; KECK, P.E et al. **Extended-release carbamazepine capsules as mono therapy in bipolar disorder: pooled results from two randomized, double-blind, placebo-controlled trials.** CNS drugs. 2006;20(3):219-31.

WESTFALL T. C; WESTFALL D. P. **Agonistas e antagonistas adrenérgicos.** In: Brunton, Laurence L.; Lazo, John S.; Parker, Keith L. Goodman and Gilman: As bases farmacológicas da terapêutica. ed. 11. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2006.



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA
“JOSÉ ALBANO DE MACEDO”**

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
 () Dissertação
 (X) Monografia
 () Artigo

Eu, Ana Cláudia Rodrigues local,
 autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de
 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar,
 gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação
Alterações no perfil lipídico de pacientes psiquiátricos
na cidade de Picos - PI
 de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título
 de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 24 de maio de 2016.

Ana Cláudia Rodrigues local
 Assinatura

 Assinatura