

Estado nutricional de pacientes com esquizofrenia frequentadores do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Nutritional status of patients with schizophrenia who attend the Psychosocial Care Center (CAPS), Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Karine Zortéa^{1,2}, Lísia Rejane Guimarães^{1,2}, Clarissa Severino Gama^{1,2,3}, Paulo Silva Belmonte-de-Abreu^{1,2,3}

RESUMO

Objetivo: Avaliar o estado nutricional de pacientes com esquizofrenia, atendidos por um programa de reabilitação social (CAPS). **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal com 40 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, em uso de antipsicóticos, atendidos no CAPS do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Foram verificadas medidas antropométricas (peso, estatura, circunferência abdominal, percentual de gordura corporal), pressão arterial e tabagismo. **Resultados:** A amostra constituiu-se de 65% de homens. A média de peso encontrada foi de $75,39 \pm 15,73$ kg. O índice de massa corporal médio apresentou-se dentro dos parâmetros de sobrepeso ($26,76 \pm 4,78$ kg/m²), sendo 55% dos pacientes com sobrepeso ou obesidade segundo a classificação da OMS/1998. A circunferência abdominal e o percentual de gordura corporal apresentaram-se elevados na maioria dos pacientes (62,5% e 92,5%, respectivamente). Adicionalmente, não houve associação significativa entre IMC e a classificação de antipsicóticos (típicos, atípicos, clozapina). Encontrou-se uma correlação entre o tempo de doença com o percentual de gordura ($r = 0,39$, $p = 0,033$) e escolaridade com o peso ($r = 0,362$, $p = 0,046$) e IMC ($r = 0,372$, $p = 0,039$). Na regressão linear, 13% da variabilidade do percentual de gordura foi explicada pelo tempo de doença ($r^2 = 0,131$, $B = 0,233$, $p = 0,049$); 13% da variação do peso foi explicada pela escolaridade ($r^2 = 0,131$, $B = 1,415$, $p = 0,046$) e 13,8% da variação do IMC foi explicada pela escolaridade ($r^2 = 0,138$, $B = 0,411$, $p = 0,039$). **Conclusão:** Os pacientes apresentaram níveis aumentados de circunferência abdominal, percentual de gordura corporal e peso. Aparentemente, o ganho de peso ocorre em todos os pacientes expostos a antipsicóticos, independentemente do tipo de medicação e de resposta clínica, e a qualquer momento ao longo da evolução da doença. Sugere-se que, adicionalmente, a avaliação dos hábitos alimentares e o acompanhamento nutricional desses pacientes, a detecção precoce de alterações associadas à exposição aos antipsicóticos, em especial a obesidade, e o registro de mudanças ao longo do curso da doença e perante exposição a diferentes apresentações, tipos e doses de antipsicóticos sejam essenciais para o entendimento mais preciso do ganho de peso.

Palavras-chave

Esquizofrenia, sobrepeso, obesidade, nutrição.

Recebido em
19/3/2010
Aprovado em
18/6/2010

1 Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Serviço de Psiquiatria, Laboratório de Psiquiatria Molecular.
2 Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas, Psiquiatria.
3 Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia (INCT) Transnacional em Medicina.

Endereço para correspondência: Karine Zortéa
Av. Protásio Alves, 7157/203A, Petrópolis – 91310-003 – Porto Alegre, RS
Telefones: +55 (51) 8429-6901/+55 (51) 2101-8846
E-mail: karine.personaldiet@gmail.com

ABSTRACT

Objective: To evaluate the nutritional status of patients with schizophrenia attended in a social rehabilitation program (CAPS). **Methods:** Cross-sectional study with 40 patients diagnosed with schizophrenia, in antipsychotic use, attended in CAPS of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Anthropometric measures were verified (weight, height, waist circumference, body fat percentage), blood pressure and cigarette smoking. **Results:** The sample consisted of 65% of men. Mean of weight was $75,39 \pm 15,73$ kg and mean body mass index was within the parameters of overweight ($26,76 \pm 4,78$ kg/m²), 55% of the patients with overweight or obesity according to the OMS/1998 criteria. Waist circumference and body fat percentage were high in most patients (62.5% and 92.5%, respectively). In addition, there was no significant association between BMI and antipsychotics drugs (typic and atypic, clozapine). We found a correlation between duration of disease with body fat percentage ($r = 0.39$, $p = 0.033$) and education correlated with weight ($r = 0.362$, $p = 0.046$) and BMI ($r = 0.372$, $p = 0.039$). In linear regression 13% of the variability in fat percentage was explained by disease duration ($r^2 = 0.131$, $B = 0.233$, $p = 0.049$), 13% of weight variation was explained by education ($r^2 = 0.131$, $B = 1.415$, $p = 0.046$) and 13.8% of the variation in BMI was explained by education level ($r^2 = 0.138$, $B = 0.411$, $p = 0.039$). **Conclusion:** Patients showed increased levels of waist circumference, body fat percentage and overweight. Apparently, the weight gain occurs in all patients exposed to antipsychotics, independent from type of drug and clinical response, and at any moment along illness evolution. It is suggested that in addition to food habits an nutritional assessment and follow-up, the clinician should take notes about early changes along the course of illness, changes of type and dose of drugs.

Keywords

Schizophrenia, overweight, obesity, nutrition.

INTRODUÇÃO

O uso de medicamentos antipsicóticos representa um importante componente no tratamento clínico de pacientes com esquizofrenia, porém tem sido associado a alterações metabólicas. O uso de antipsicóticos atípicos, com exceção da ziprasidona, é associado a obesidade, diabetes, dislipidemia, síndrome metabólica e elevada mortalidade^{1,2}.

No Brasil, o uso de antipsicóticos atípicos aumentou muito nos últimos anos. Por isso, o impacto dos distúrbios metabólicos se tornou uma questão urgente, tanto na prática clínica diária como no sistema público de saúde, visto que alguns desses medicamentos fazem parte de um programa de alto custo do Ministério da Saúde. Outra peculiaridade do cenário nacional é o fato de a prática psiquiátrica na rede de atendimento primário preocupar-se, quase exclusivamente, com a remissão dos sintomas psicóticos, deixando de lado outros aspectos importantes do tratamento, como a segurança cardiovascular, sintomas negativos e distúrbios metabólicos, que acabam até mesmo aumentando a morbidade clínica e piorando a qualidade de vida dos pacientes com esquizofrenia³.

Além dos efeitos colaterais das medicações antipsicóticas, o estilo de vida sedentário e as escolhas dietéticas inadequadas contribuem para maior risco de obesidade nesses pacientes, quando comparados a outros indivíduos¹. Nos últimos anos, a alta prevalência de sobrepeso e obesidade nos indivíduos com esquizofrenia tem sido bem descrita^{1,2,4}. Um estudo demonstrou que o índice de massa corporal (IMC) e o

LDL-colesterol estavam aumentados em pacientes que usavam maiores doses de clozapina em relação aos que usavam doses menores².

Adicionalmente, existe uma relação entre o aumento da circunferência abdominal e a baixa qualidade de vida nesses pacientes^{4,5}. O IMC elevado e o ganho de peso também foram identificados como fatores associados a uma baixa qualidade de vida tanto em pacientes esquizofrênicos quanto na população geral⁵. Sua comprovada baixa qualidade de vida está relacionada com distúrbios alimentares, como a obesidade, e alterações metabólicas, como estresse oxidativo, de modo que esses pacientes merecem maior atenção no manejo e intervenção no controle do peso^{4,5}.

Surge, então, o interesse de se avaliar o estado nutricional de pacientes com esquizofrenia que são atendidos por um programa de reabilitação social.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal no qual a população estudada compreendeu 40 indivíduos com idade superior a 18 anos. O diagnóstico de esquizofrenia foi realizado de acordo com critérios do DSM-IV e CID-10. Todos utilizavam antipsicóticos, no mínimo há três meses, e eram frequentadores do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) no período de fevereiro a março de 2009.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista com os pacientes que aceitaram participar da pesquisa, que responderam oralmente a um questionário de anamnese e tiveram seus dados antropométricos (peso, estatura, circunferência abdominal e percentual de gordura) e pressão arterial medidos. A avaliação antropométrica foi realizada por nutricionistas da equipe. Com a utilização desses dados, foi possível realizar a classificação do estado nutricional dos pacientes. Os pacientes foram questionados sobre o tabagismo e sobre o número de cigarros consumidos por dia.

Para verificar o peso corporal, os indivíduos deveriam estar descalços, vestindo roupas leves. Foi utilizada uma balança digital antropométrica, da marca Filizola[®], devidamente aferida, e a estatura foi verificada com o auxílio de um estadiômetro afixado na parede, com variação de 0,1 cm, onde foram posicionados em pé, descalços, com os calcanhares juntos, costas retas e os braços estendidos ao longo do corpo. Por meio da razão peso em kg/altura² em metros, foi possível classificá-los quanto ao IMC em: baixo peso (< 18,49 kg/m²), eutrofia (18,5-24,99 kg/m²), sobrepeso (25-29,99 kg/m²) e obesidade (≥ 30 kg/m²), de acordo com FAO/OMS (1998)⁶.

A pressão arterial foi aferida com o paciente sentado, após 5 minutos de repouso, conforme procedimentos-padrão, sendo classificada como pressão sanguínea elevada quando ≥ 130/85 mmHg⁷.

A circunferência abdominal foi medida na metade da distância entre a crista ilíaca e o rebordo costal inferior⁸, com auxílio de fita métrica inelástica, tendo como unidade de referência de circunferência abdominal elevada: para homens acima de 94 cm e para mulheres acima de 80 cm⁹.

O percentual de gordura foi obtido por meio de bioimpedância elétrica da marca Omron BF 300[®], classificado como: acima da média quando ≥ 16% para homens e ≥ 24% para mulheres; valores superiores a 25% para homens e 32% para mulheres representam risco para doenças associadas à obesidade¹⁰.

Para classificação dos sintomas psiquiátricos, foi aplicada a escala BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale), traduzida e adaptada para o português por Zuardi *et al.*¹¹. A escala possui 18 itens, em que considera tanto medidas observacionais quanto a partir de entrevista. Foi aplicada por um psiquiatra da equipe, devidamente habilitado para tal. Posteriormente, foi subdividida em sintomas positivos e sintomas negativos.

Os antipsicóticos foram divididos em três categorias (típicos, atípicos e clozapina).

Este estudo utilizou dados parciais do projeto "Funcionalidade e estresse oxidativo em pacientes esquizofrênicos com e sem obesidade", que tem aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Saúde do HCPA (08-436). Todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados coletados estão apresentados de forma descritiva, com média e desvio-padrão (paramétricos), frequências ou mediana e intervalo de 95% de confiança (não paramétri-

cos). As associações entre dados paramétricos foram avaliadas por meio de coeficiente de correlação de Pearson e os dados não paramétricos, por meio do coeficiente de correlação de Spearman, e posteriormente foi utilizada análise de regressão linear. Variáveis categóricas foram analisadas com o teste de qui-quadrado. Para análise estatística, foi utilizado o programa SPSS 17.0. Um $p < 0,05$ foi considerado significativo.

RESULTADOS

Os dados descritivos da amostra estão apresentados na tabela 1. A idade média dos indivíduos foi de $38,7 \pm 9,41$ anos, sendo 65% do sexo masculino. A média de peso encontrada foi de $75,39 \pm 15,73$ kg e o IMC médio encontrou-se dentro dos parâmetros de sobrepeso ($26,76 \pm 4,78$ kg/m²). Segundo a classificação da OMS/1998⁶, 45% dos pacientes encontram-se eutróficos e 55%, com sobrepeso/obesidade (30% com sobrepeso; 25% com obesidade).

Tabela 1. Dados descritivos da amostra de 40 pacientes com diagnóstico F.20 – Esquizofrenia

Características	Valor (DP)
Idade (anos)*	38,7 ± 9,41
Escolaridade (anos estudados)*	9,03 ± 3,41
Tempo de doença (anos)**	17 (6,5 – 23,5)
Idade de início da doença (anos)*	20,48 ± 7,21
Gênero masculino*** (%)	65,0
Uso de tabaco*** (%)	40,0
Uso de drogas ilícitas*** (%)	13,5
Dados antropométricos*	
Peso (kg)	75,39 ± 15,74
IMC (kg/m ²)	26,76 ± 4,78
Gordura corporal (%)	29,30 ± 7,57
Circunferência abdominal (cm)	94,75 ± 13,2
Tipo de antipsicótico***	
Primeira geração (%)	26,3
Segunda geração (%)	28,9
Clozapina (%)	44,7
Psicopatologia**	
BPRS total	16 (10 – 29,5)
BPRS sintomas positivos	4 (0 – 9)
BPRS sintomas negativos	5 (2 – 7,5)

* Média ± DP; ** Mediana (95% IC); *** Frequência (%);
IMC: índice de massa corporal.

As medidas de circunferência abdominal e percentual de gordura corporal apresentaram-se elevadas na maioria dos pacientes (62,5% e 92,5%, respectivamente). Encontrou-se pressão arterial normal em 70% dos pacientes, 20% apresentaram níveis elevados e 10%, níveis limítrofes.

O tabagismo esteve presente em 40% da amostra, e a maioria fumava uma (20%) ou duas (12,5%) cartelas de cigarro ao dia.

Não foi evidenciada correlação entre dados antropométricos em relação a sintomas, idade de início da doença, dose e tempo de uso da medicação.

O tempo de doença se correlacionou com o percentual de gordura ($r = 0,39$, $p = 0,033$). A escolaridade correlacionou-se com o peso ($r = 0,362$, $p = 0,046$) e IMC ($r = 0,372$, $p = 0,039$). O estudo de regressão linear estimou que 13% da variabilidade do percentual de gordura foi explicada pelo tempo de doença ($r^2 = 0,131$, $B = 0,233$, $p = 0,049$), com aumento anual de 0,23% de peso. Adicionalmente, 13% da variação do peso foi explicada pela escolaridade ($r^2 = 0,131$, $B = 1,415$, $p = 0,046$), e a cada ano estudado o peso aumentou em média 1,41 kg. A regressão da escolaridade e IMC mostrou que 13,8% da variação do IMC foi explicada pela escolaridade ($r^2 = 0,138$, $B = 0,411$, $p = 0,039$), e a cada ano estudado o IMC aumentou 0,411 kg/m².

Não houve associação entre a classificação do IMC e as categorias de antipsicóticos.

DISCUSSÃO

Os pacientes apresentaram níveis aumentados de circunferência abdominal, percentual de gordura corporal, e a maioria encontra-se com excesso de peso. Observaram-se 30% dos pacientes com pressão arterial em valores superiores aos preconizados. Esses níveis foram aumentados em todos os subgrupos de pacientes (refratários, usuários de diferentes antipsicóticos, idade de início de doença, dose e tempo de uso de medicação).

Atualmente, o sobrepeso e a obesidade são comorbidades comuns entre esses pacientes, e tem sido demonstrada a presença de IMC significativamente maior em relação aos pacientes psiquiátricos sem o diagnóstico de esquizofrenia e à população de maneira geral. No Brasil, dados do Ministério da Saúde mostram prevalência de 32% para o sobrepeso e 8% para a obesidade³. Neste estudo, encontraram-se 30% de pacientes com sobrepeso e 25% com obesidade, o que evidencia os níveis aumentados de obesidade nessa população. É importante ressaltar que esses indicadores são fatores de risco tanto para doenças cardiovasculares quanto para o desenvolvimento de síndrome metabólica³.

Além disso, estudos prévios sugerem que o excesso de peso pode reduzir a autoestima, possibilitando o abandono do tratamento psiquiátrico¹². Pacientes tratados com antipsicótico, além de apresentarem significativo aumento de peso, podem desenvolver anormalidades lipídicas, como a elevação dos níveis de LDL-colesterol e triglicerídeos. Sendo assim, necessitam de monitoramento frequente desses ní-

veis plasmáticos e intervenção nutricional precoce, visando aperfeiçoar o tratamento^{2,13}.

Também se observa alta frequência de tabagismo, com elevado consumo diário de cigarros. O tabagismo, o uso do álcool, a dieta inadequada e o sedentarismo aumentam a mortalidade na população em geral e necessitam de atenção também nesse grupo de pacientes³.

Tanto o estilo de vida quanto o tratamento com antipsicóticos podem contribuir para causar ou agravar alterações metabólicas nos indivíduos com transtornos psiquiátricos^{3,13}. Diversas evidências sugerem que, na vigência de ganho de peso ou alterações metabólicas, o psiquiatra deve ponderar adequadamente a escolha da medicação, sempre levando em conta a fase de tratamento da doença e a eficácia obtida em relação aos efeitos colaterais indesejados³. Deve-se dar atenção ao papel da intervenção sobre fatores de risco de doenças cardiovasculares. Atitudes simples como pesar os pacientes, solicitar que façam um diário alimentar e encaminhá-los a um nutricionista se mostram como intervenções muito úteis¹³. Pesquisas preliminares com grupos de apoio para o controle do peso associado ao tratamento, especificamente elaborado para pacientes com esquizofrenia, têm demonstrado resultados promissores¹⁴.

Na amostra estudada, a escolaridade correlacionou-se com o peso e o IMC, o que demonstra que os pacientes com mais anos estudados apresentaram também maior peso. O tempo de doença se correlacionou com o percentual de gordura, o que pode ser explicado pelo maior tempo de uso de medicações antipsicóticas, apesar de não ter sido evidenciada correlação entre dados antropométricos em relação a dose e tempo de uso da medicação, bem como em relação a sintomas e idade de início da doença.

O estado nutricional dos pacientes, classificado de acordo com o IMC, não demonstrou associação com as categorias de antipsicóticos (típicos, atípicos e clozapina).

Aparentemente, o ganho de peso ocorre em todos os pacientes expostos a antipsicóticos, independentemente do tipo de medicação e de resposta clínica, e ocorre a qualquer momento ao longo da evolução da doença. Entretanto, não é possível afirmar sem antes realizar uma adequada revisão do período de ganho de peso, histórico de uso de diferentes medicações ao longo da doença e de comparação com pacientes não usuários de antipsicóticos.

Este estudo apresenta algumas limitações: primeiramente o desenho transversal, não randomizado, que não permitiu identificar causa e efeito, e particularmente por não se ter os dados de peso antes do início do tratamento medicamentoso; em segundo lugar, por ser um estudo que envolve pacientes crônicos, medicados em longo prazo, seus dados não podem ser expandidos para pacientes em primeiro episódio. Novos estudos são necessários para avaliar as características metabólicas dos pacientes no estágio inicial da doença, bem como estudos longitudinais, caso-controle, para esclarecer

as mudanças que ocorrem no decorrer dessa patologia e compará-las com indivíduos saudáveis.

CONCLUSÃO

Grande parte dos pacientes apresentou excesso de peso, circunferência abdominal e percentual de gordura corporal elevados. Esses são importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares e síndrome metabólica. Portanto, além da clínica médica, psiquiátrica e psicológica, sugere-se que, adicionalmente, se façam a avaliação dos hábitos alimentares e o acompanhamento nutricional desses pacientes, para detecção precoce de alterações associadas à exposição aos antipsicóticos, em especial a obesidade, o registro de mudanças ao longo do curso da doença e da exposição a diferentes apresentações, tipos e doses de antipsicóticos, para entendimento mais preciso do ganho de peso, visando à prevenção de doenças associadas à obesidade.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não existir conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Leitão-Azevedo CL, Guimarães LR, Lobato MI, et al. Ganho de peso e alterações metabólicas em esquizofrenia. *Rev Psiquiatr Clin.* 2007;34(2):184-8.
2. Zortéa K, Bock PM, Moreno DB, Belmonte de Abreu PS. Avaliação antropométrica e bioquímica em pacientes com esquizofrenia usuários de clozapina. *Rev Nutr.* 2009;22(5):697-705.
3. Elkis H, Gama C, Suplicy H, Tambascia M, Bressan R, Lyra R, et al. Consenso Brasileiro sobre antipsicóticos de segunda geração e distúrbios metabólicos. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(1):77-85.
4. Faulkner G, Cohn T, Remington G, Irving H. Body mass index, waist circumference and quality of life in individuals with schizophrenia. *Schizophr Res.* 2007;90(1-3):174-8.
5. Cardoso CS, Caiaffa WT, Bandeira M, Siqueira AL, Abreu MA, Fonseca JO. Factors associated with a low quality of life in schizophrenia. *Cad Saude Publica.* 2005;21:1338-48.
6. FAO/OMS. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva; 1998.
7. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA.* 2001;285(19):2486-97.
8. Brasil. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. *Arq Bras Cardiol.* 2005;84(1):3-28.
9. Brasil. IV Diretriz Brasileira sobre as Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol.* 2007;88(12)-19.
10. Lohman TG. Advances in body composition assessment. Current issues in exercise science series. Monograph n. 3. Champaign, IL: Human Kinetics; 1992.
11. Zuardi AW, Loureiro SR, Rodrigues CRC, Correia AJ, Glock SS. Estudo da estrutura fatorial, fidedignidade e validade da tradução e adaptação para o português da Escala de Avaliação Psiquiátrica Breve (BPRS) modificada. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW. Escalas de Avaliação em Psiquiatria e Psicofarmacologia. São Paulo: Lemos Editorial; 2000.
12. De Hert M, Peuskens B, Winkel RV, Kalnicka D, Hanssens L, Eyck DV, et al. Body weight and self-esteem in patients with schizophrenia evaluated with B-WISE®. *Schizophr Res.* 2006;88(1-3):222-6.
13. Cerqueira Filho EA, Arandas FS, Oliveira IR, Sena EP. Dislipidemias e antipsicóticos atípicos. *J Bras Psiquiatr.* 2006;55(4):296-307.
14. Wirshing DA. Schizophrenia and obesity: impact of antipsychotic medications. *J Clin Psychiatry.* 2004;65(18):13-26.