



ARTIGO DE REVISÃO NARRATIVA/NARRATIVE REVIEW ARTICLE

Doença Somática nas Pessoas com Doença Mental Grave Somatic Disorder in People with Severe Mental Illness

✉ DANIELA OLIVEIRA MARTINS*¹, ✉ SARA GOMES RODRIGUES², ✉ MAURO PINHO¹, ✉ EDUARDO GOMES PEREIRA¹

¹ Hospital de Magalhães Lemos, EPE, Porto, Portugal

² Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal

Resumo

Desde o início do século XX que vários autores foram constatando que as pessoas com doença mental grave (DMG) apresentam maiores taxas de doenças médicas crónicas e de mortalidade em relação à população geral. Com este trabalho, pretendeu-se realizar uma revisão narrativa relativa às particularidades da doença somática e mortalidade nas pessoas com DMG, disparidades no acesso aos cuidados de saúde e intervenções a realizar nesta população. A literatura é consensual no reconhecimento de que pessoas com DMG têm maiores taxas de doenças médicas crónicas e uma mortalidade prematura, o que faz com que tenham uma esperança média de vida 10 a 30 anos inferior à população geral. O suicídio não explica estas diferenças. As pessoas com DMG são especialmente afetadas por doenças cardiovasculares, metabólicas e neoplásicas. Estas doenças, embora também muito comuns na população geral, têm um impacto significativamente maior em indivíduos com doença mental. Se parte desta discrepância pode ser atribuível a limitações funcionais diretamente causadas pela DMG, é reconhecido que a discriminação e o estigma também têm um papel importante. Pessoas com DMG têm pior acesso aos cuidados de saúde, levando a taxas elevadas de subdiagnóstico e subtratamento.

Na literatura são escassos os estudos dirigidos a intervenções ou programas que possam colmatar a desigualdade de cuidados de saúde nesta população. As particularidades da expressão de doença somática em pessoas com DMG carecem de estratégias adaptadas de prevenção de nível primário, secundário e terciário, que devem ser priorizadas na investigação clínica e integradas nos programas de saúde nacionais.

Abstract

Since the beginning of the 20th century, several authors have found that people with severe mental illness (SMI) have higher rates of chronic medical illnesses and mortality in relation to the general population. With this work, we intended to perform a narrative review concerning the particularities of somatic disease and mortality in people with SMI, disparities in access to healthcare and interventions to be carried out in this population.

The literature is consensual in the recognition that people with SMI have higher rates of chronic medical illnesses and premature mortality, which leads to an average life expectancy 10 to 30 years lower than the general population. Suicide does not explain these differences. People with SMI are especially affected by cardiovascular, metabolic and neoplastic diseases. Although these diseases are also highly prevalent in the general population, their impact is significantly greater in individuals with mental illness. If part of this discrepancy can be attributed to functional limitations directly caused by SMI, it is recognized that discrimination and stigma also play an important role in these inequalities.

People with SMI have worse access to healthcare, leading to high rates of underdiagnosis and undertreatment. There are few studies in the literature aimed at interventions or programs that can decrease the inequality of health care in this population. The particularities of the expression of somatic disease in people with SMI lack adapted prevention strategies at the primary, secondary and tertiary levels that should be prioritized in clinical research and integrated into national health programs.

Recebido/Received: 2022-06-18

Aceite/Accepted: 2022-09-15

Publicado Online/Published Online: 2022-09-23

Publicado/Published: 2022-09-23

* Autor Correspondente/Corresponding Author: Daniela Oliveira Martins | danielamartins.gmr@gmail.com | Hospital de Magalhães Lemos, EPE, Porto, Portugal

© Author(s) (or their employer(s)) and SPPSM Journal 2022. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Revista SPPSM 2022. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC.

Nenhuma reutilização comercial.

Palavras-chave: Assistência à Saúde; Estigma Social; Perturbações Mentais;

Keywords: Delivery of Health Care; Mental Disorders; Social Stigma

INTRODUÇÃO

A doença mental grave (DMG) é definida como a doença mental, comportamental ou emocional que causa déficit funcional grave e que interfere substancialmente ou limita uma ou mais atividades da vida diária.¹ Inclui habitualmente os diagnósticos de perturbação afetiva bipolar (PAB), depressão *major*, esquizofrenia ou outras doenças do espectro psicótico.

No início do séc. XX, Emil Kraepelin observou que as pessoas com DMG tinham maiores taxas de mortalidade do que a população geral, algo que foi mais tarde corroborado por Benjamin Malzberg ou Eugen Bleuler.^{2,3} Atualmente, é conhecido que, em comparação com a população geral, pessoas com DMG têm maiores taxas de doenças médicas crônicas e uma mortalidade prematura fruto das mesmas.⁴ Embora estas doenças tenham também um elevado impacto na população geral, este é significativamente maior em pessoas com DMG.⁵ A prevenção do suicídio nas pessoas com DMG tem sido eficaz, resultando, nos últimos 30 anos, numa diminuição de 40% da taxa de mortalidade associada.⁶ Assim, atualmente, estima-se que a contribuição do suicídio para a redução da esperança média de vida nas pessoas com DMG seja de apenas 13,5%, sendo as principais causas de morte nesta população as doenças cardiovasculares, neoplásicas e respiratórias, por esta ordem.⁷ Observa-se que as pessoas com DMG tem menos acesso aos serviços de saúde e a menor qualidade nos cuidados prestados. Se parte desta discrepância poderá ser atribuída a sintomas e limitações funcionais diretamente causadas pela DMG, pensa-se que a discriminação e o estigma também têm um papel importante.⁸ As taxas de subdiagnóstico e subtratamento de doenças somáticas são elevadas nas pessoas com DMG, em comparação com a população geral, estimando-se que, entre os adultos com DMG, cerca de 35% tenha uma doença somática não diagnosticada.^{5,9} Apesar de ser consensual que os profissionais de saúde mental devem tomar parte da responsabilidade sobre a saúde física dos seus doentes, grande parte dos psiquiatras continua a considerar como principal ou única função a prestação de cuidados em termos de controlo dos sintomas psiquiátricos e mostra-se relutante em monitorizar a saúde física.⁹

Com este trabalho, pretendeu-se rever a informação existente na literatura relativa às particularidades da doença somática nas pessoas com DMG, disparidades no acesso aos cuidados de saúde e possíveis intervenções a realizar neste âmbito.

METODOLOGIA

A revisão bibliográfica resultou da pesquisa de artigos publicados na *PubMed/Medline*. A procura foi conduzida usando-se as seguintes palavras-chave: “**mental disorders**”, “*health care*”, “*stigma*” e “*social*” e incluiu como

critérios de inclusão artigos publicados em língua inglesa ou portuguesa. Os títulos e os resumos dos artigos obtidos na pesquisa foram analisados e aqueles que cumpriram os critérios de inclusão foram examinados na íntegra, tendo sido posteriormente selecionados aqueles com maior relevância científica para a revisão em questão. Pela sua relevância foram selecionados 65 artigos para análise integral. Destes, verificou-se que 46 cumpriram os critérios. Foram também incluídos 4 artigos após consulta das referências dos primeiros artigos pela qualidade e relevância para os objetivos do trabalho, apesar de não terem sido encontrados na pesquisa inicial.

a. Doença Mental e Mortalidade

A literatura dedicada ao estudo da mortalidade nas pessoas com DMG é vasta e relativamente consensual. Os resultados de alguns estudos observacionais demonstram que as pessoas com DMG têm taxas de mortalidade 2 a 4 vezes superiores à população geral,^{3,10-14} condicionando uma esperança média de vida 10 a 30 anos inferior.¹⁵

Uma meta-análise demonstram que esta diferença não tem diminuído ao longo das últimas décadas, tendo-se, antes pelo contrário, mantido ou aumentado.^{15,16} Mesmo um estudo observacional realizado na população sueca demonstrando uma diminuição da mortalidade entre pessoas com DMG, concluiu que a diferença entre esta população e a população geral se manteve.¹¹ Bjork Bramberg *et al* sugerem que o aumento da longevidade da população geral, fruto da inovação das tecnologias em saúde e novas intervenções em saúde pública, não tem vindo a ser acompanhado ao mesmo ritmo nas pessoas com DMG, tendo-se acentuado as diferenças entre estes dois grupos em termos de mortalidade.¹⁷

Se por um lado é verdade que as pessoas com DMG têm um risco elevado de morte por suicídio e acidentes, também se constata que a maior parte dos anos de vida perdidos é atribuível a doenças somáticas.¹⁸ Assim, apesar da importante diminuição da mortalidade por suicídio, a taxa de mortalidade ajustada para pessoas com esquizofrenia manteve-se estável ao longo dos últimos 30 anos, à custa, sobretudo, de um aumento na mortalidade por doença cardiovascular (DCV) e cancro.⁶ Estima-se que as doenças somáticas sejam responsáveis por cerca de 60% do excesso de mortalidade nas pessoas com DMG.⁵

Estão identificados vários fatores de risco que contribuem para este excesso de doença somática e consequente mortalidade, incluindo estilos de vida pouco saudáveis, pobreza, mecanismos neurobiológicos diretamente ligados à doença mental e efeitos adversos dos psicofármacos.³ Outros fatores estão relacionados com a dificuldade dos serviços de saúde em prestar cuidados adequados às necessidades desta população, como será descrito adiante.¹⁷

As taxas elevadas de mortalidade nas pessoas com DMG parecem ser transversais a países e culturas, existindo

estudos que constatarem este fenómeno na Suécia,¹¹ Dinamarca,¹⁵ Estados Unidos da América,¹⁴ Austrália¹⁶ ou Etiópia.¹² No mesmo sentido, autores de uma meta-análise de 2015 incluindo 203 estudos de 29 países de seis continentes diferentes, relataram um risco de mortalidade 2,2 vezes superior e cerca de 10 anos de vida perdidos para as pessoas com DMG em comparação com a população geral.¹⁹

Apesar de as pessoas com DMG apresentarem maiores taxas de mortalidade e menor esperança média de vida, os doentes com patologia do espectro psicótico, nomeadamente esquizofrenia, parecem ser uma população especialmente vulnerável neste aspeto. De facto, num estudo observacional dinamarquês comparando, durante 20 anos, pessoas com DMG e a população geral com idade inferior a 65 anos, ajustada para idade e sexo, a taxa de mortalidade foi mais de 4 vezes superior nos doentes com esquizofrenia e 2,5 vezes superior em doentes com PAB.¹⁰ Estes resultados corroboraram observações prévias feitas por John e colaboradores.¹³

As pessoas com DMG apresentam ainda taxas de morte por causa desconhecida mais de 13 vezes superiores à população geral, que tendem a ser mais comuns em populações marginalizadas, vulneráveis e desfavorecidas (sem-abrigo, idosos isolados) e isso poderá também aplicar-se às pessoas com DMG.¹³

b. Doença Mental e Doença Cardiovascular

A DCV é a principal causa de morte nas pessoas com DMG. Pessoas com DMG têm 3 vezes mais probabilidade de morrer de morte súbita do que a população geral.⁵

Por um lado, as pessoas com DMG apresentam uma elevada prevalência de DCV, estimando-se que esta seja cerca de 2-3 vezes superior em relação à população geral, diferença que é especialmente marcada em indivíduos mais jovens.⁵ Por outro lado, além da elevada prevalência de DCV, indivíduos com este tipo de patologia têm uma maior taxa de mortalidade associada do que a população geral, diferença que tem vindo a aumentar.²⁰ Durante as últimas décadas, a mortalidade devido a DCV diminuiu de mais de 50% para cerca de 36% na população geral. Estudos sugerem que esta diminuição se deve principalmente aos avanços no diagnóstico e tratamento destas patologias. No entanto, pessoas com DMG, continuam a apresentar morte prematura devido a DCV.²¹

Além de fatores já referidos que poderão explicar a maior mortalidade por DCV, poderão existir fatores de risco para DCV inerentes à própria doença mental. Num estudo observacional realizado na Suécia, que incluiu um total de 209 592 doentes com um diagnóstico inicial de enfarte agudo do miocárdio (EAM), concluiu que a presença de DMG associou-se a uma maior taxa de mortalidade após EAM, mesmo tendo em consideração o risco prévio, gravidade do EAM e tipo de tratamento prestado. Esta elevação da mortalidade foi mais evidente nos doentes com esquizofrenia, mas também observada naqueles com PAB. Os autores não foram capazes de explicar esta diferença, especulando que esta poderá estar relacionada com a desregulação autonómica associada à própria doença. Assim, a DMG poderá ser considerada um fator de risco independente para mortalidade após EAM.²⁰

Os doentes com esquizofrenia parecem ser particularmente vulneráveis à DCV, não só em comparação com a população geral, mas também com os doentes com PAB. Um estudo observacional dinamarquês que teve como objetivo comparar a população geral com pessoas com DMG durante o período de 1994 a 2006, revelou que a mortalidade por DCV diminuiu na população geral e nos doentes com PAB e outras doenças psiquiátricas, mas manteve-se estável nos doentes com esquizofrenia. Observou-se ainda que as taxas de procedimentos invasivos foram menores nas pessoas com PAB, mas ainda mais baixas naquelas com esquizofrenia, sugerindo assim que os doentes com esquizofrenia poderão não estar a beneficiar dos avanços terapêuticos na área das DCV.²²

c. Doença Mental e Doenças do Metabolismo

As pessoas com DMG apresentam taxas de síndrome metabólica e de todos os seus componentes cerca de 2 vezes superiores à população geral.²¹ Pessoas com DMG apresentam uma prevalência elevada de obesidade, aproximadamente o dobro da população geral, o que se encontra relacionado com vários fatores, de entre os quais são frequentemente destacados os efeitos secundários de alguns psicofármacos.²³ No entanto, a evidência demonstra que as pessoas com DMG têm risco aumentado de excesso de peso e obesidade mesmo em fases iniciais da doença e sem medicação psicofarmacológica.⁵ Para isso poderão contribuir outros fatores como dietas poucos saudáveis ou inatividade física.

Tem também sido sugerida a existência de alterações metabólicas diretamente relacionadas com a doença mental, nomeadamente desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e alterações imunológicas.²⁴

Também a prevalência de diabetes *mellitus* (DM) é 2 a 3 vezes mais elevada em pessoas com DMG em relação à população geral.²⁴ As pessoas com DMG têm também tendência a apresentar maior descontrolo de diversos parâmetros reacionados com a DM.²⁵

d. Doença Mental e Doença Oncológica

Embora esteja bem estabelecido que as pessoas com DMG têm uma maior prevalência de variadas doenças médicas, os resultados em relação à doença oncológica são contraditórios, existindo estudos que relatam prevalências menores, semelhantes ou mais elevadas, em relação à população geral, como verificado por uma revisão da literatura realizado por Howard *et al.*²⁶ No entanto, há fatores importantes a ter em conta nesta população e que poderão explicar estes resultados. Por um lado, uma meta-análise realizada por Catts *VS et al*, encontrou taxas diminuídas de rastreio oncológico em pessoas com DMG, sugerindo que estes têm menos acesso a estes programas e, consequentemente, menor probabilidade de serem diagnosticados com doença oncológica.²⁷ Por outro lado, numa revisão narrativa por Nielsen *RE et al* conclui que as doenças oncológicas são mais frequentemente diagnosticadas a partir da sétima década de vida. Uma vez que as pessoas com DMG apresentam uma menor esperança média de vida em relação à população geral, morrendo precocemente por outros

motivos, o fato de não atingirem idades mais avançadas poderá explicar a incidência de doença oncológica observada.²⁸ Apesar disso, é de referir que, embora a incidência de doença oncológica em geral não pareça estar aumentada nos doentes com esquizofrenia, isso não parece ser verdade para alguns tipos específicos de cancro, nomeadamente o risco para cancro de pulmão e cancro da mama.²⁷

As pessoas com DMG apresentam uma maior taxa de mortalidade associada a doença oncológica em relação à população geral.²⁷ Um estudo observacional numa população francesa concluiu que os doentes com esquizofrenia tinham uma taxa de mortalidade ajustada superior para todos os tipos de cancro, especialmente por cancro do pulmão no sexo masculino e por cancro da mama e colorretal no sexo feminino.²⁹ A associação entre esquizofrenia e aumento da mortalidade por neoplasia do fígado, pâncreas, próstata ou neoplasias hematológicas também se encontra descrita.^{14,30} Possíveis explicações incluem atrasos na avaliação nos cuidados de saúde primários, menores taxas de investigação diagnóstica, diagnóstico tardio e menor acesso a tratamentos adequados.^{27,30} As pessoas com DMG têm maior probabilidade de se apresentarem com estadios mais avançados de doença oncológica ao diagnóstico, nomeadamente com metástases à distância.^{30,31} No entanto, o estadio ao diagnóstico parece ter pouco ou nenhum impacto na mortalidade por doença oncológica nesta população,³¹ sugerindo que as pessoas com DMG terão pior acesso a cuidados de saúde de qualidade e a intervenções especializadas para o tratamento destas doenças.

e. Doença Mental e Outras Doenças

Além do descrito, parece ainda existir uma associação entre DMG e doenças de outros sistemas, nomeadamente doenças respiratórias, infecciosas ou estomatológicas.⁵ No entanto, a bibliografia existente nestas áreas é ainda escassa.

f. Disparidades no Acesso aos Cuidados de Saúde

Como referido previamente, a literatura é consensual em relação ao fato de as pessoas com DMG terem maiores taxas de incidência de várias doenças somáticas, e consequentemente, necessitarem de mais e melhores cuidados de saúde. Vários estudos têm levantado questões relativamente às disparidades no acesso a cuidados de saúde e tratamento por parte das pessoas com DMG, sugerindo que estas recebem cuidados de menor qualidade, que resulta num subdiagnóstico e subtratamento de diversas patologias. Num estudo observacional envolvendo doentes com esquizofrenia de 12 países europeus, 10,9% estavam a ser tratados para hipertensão arterial (HTA), 7,1% para dislipidemia e 3,5% para DM. No entanto, após avaliação adequada, foi feito diagnóstico de HTA em 49,9%, de dislipidemia em 26% e de DM em 70% dos doentes.²⁴

Apesar do desenvolvimento de *guidelines* para monitorização de risco cardiovascular e DM em pessoas com DMG, nomeadamente naqueles medicados com antipsicóticos, estas não parecem ser utilizadas por rotina na clínica.²⁴ Especula-se que isto se relacione com a ausência de consenso sobre quem deve ter a responsabilidade de assumir

os cuidados médicos gerais das pessoas com DMG. A ausência de articulação entre psiquiatras e médicos de outras especialidades (medicina geral e familiar, medicina interna, endocrinologia ou cardiologia) tem resultado em falhas sucessivas em providenciar os cuidados básicos recomendados a esta população.²⁴ Assim, uma elevada percentagem de pessoas com DMG não são avaliadas para diversos fatores de risco metabólicos, em parte porque nem psiquiatras, nem outros médicos assumem a responsabilidade de avaliar de forma rotineira estes parâmetros nos seus doentes.⁵ As carências nos cuidados prestados observam-se tanto a nível dos cuidados de saúde primários como hospitalar. Nos cuidados de saúde primários, apesar de um maior número de consultas e visitas domiciliárias, pessoas com DMG são diagnosticados menos frequentemente com doenças cardiovasculares e pulmonares.³² Pessoas com DMG têm menos probabilidade de serem avaliados em relação ao peso corporal, tensão arterial ou perfil lipídico nos cuidados de saúde primários, apesar de recorrerem mais a estes serviços do que a população geral.³⁰ A nível hospitalar, observa-se que as pessoas com DMG admitidas em enfermarias médicas ou cirúrgicas apresentam taxas de infeção e complicações pós-operatórias significativamente mais elevadas.³³ Apresentam um risco aumentado de readmissão após internamento para tratamento de doenças somáticas, nomeadamente doenças cardiovasculares, respiratórias, endocrinológicas e infecciosas.³⁴ Este défice na prestação de cuidados às pessoas com DMG encontra-se ainda descrito em várias doenças específicas. No que diz respeito à DM, a comorbilidade com DMG aumenta significativamente o risco de não receber cuidados protocolados, como rastreio de retinopatia diabética, avaliação do perfil lipídico ou da hemoglobina glicada.²⁵ Pessoas com DMG têm menor probabilidade de receber tratamento adequado para a DM³⁵ e aquelas que recorrem ao serviço de urgência por complicações associadas têm menor probabilidade de ser internadas do que pessoas sem doença mental.³⁶

No campo da prevenção da DCV, as pessoas com DMG têm menos acesso a rastreio de risco cardiovascular e sua prevenção em relação ao que seria esperado para a população geral.²⁴ Mesmo naqueles com DCV estabelecida e acesso aos cuidados hospitalares, as disparidades são conhecidas. Pessoas com DMG e cardiopatia isquémica a necessitar de hospitalização têm menor probabilidade de ser submetidos a procedimentos de revascularização cardíaca.³⁷ Um estudo observacional revelou ainda que, num primeiro contato com os cuidados hospitalares devido a DCV, as taxas de procedimentos cardiovasculares invasivos foram cerca de metade naqueles com DMG em relação à população geral, resultando em maiores taxas de mortalidade por doença cardíaca.³⁸ Também após um evento cardiovascular, em particular EAM, pessoas com DMG têm significativamente menor probabilidade de receber tratamento farmacológico recomendado, nomeadamente trombolíticos, betabloqueadores, antiagregantes plaquetários ou anti-hipertensores,³⁹ resultando num risco aumentado de novos eventos cardiovasculares.⁴⁰ Em relação à doença cerebrovascular, as pessoas com DMG também são menos tratadas com

trombólise⁴¹ e têm menor probabilidade de realizar arteriografia ou receber tratamento com varfarina após acidente vascular cerebral.⁴²

Também na doença oncológica se observam disparidades no que diz respeito ao rastreamento, diagnóstico e tratamento. Como já referido, as pessoas com DMG têm menor acesso a programas de rastreamento oncológico, o que leva a apresentação sob a forma de estádios mais avançados de doença ao diagnóstico.²⁷ Em particular, mulheres com doença mental apresentam maior probabilidade de receber rastreamento subótimo para o cancro da mama, verificando-se uma menor prescrição de mamografias nestas mulheres, em comparação com aquelas sem doença mental.⁴³ Alguns fatores identificados como estando associados a menores taxas de rastreamento de doença neoplásica em pessoas com DMG incluem baixo estrato socioeconómico, idade avançada, dificuldades na deslocação a instituições de saúde, ausência de suporte familiar e dificuldades na comunicação entre os cuidados de saúde primários e serviços de saúde mental.²⁷

Em relação ao tratamento, verifica-se um menor acesso das pessoas com doença mental a tratamentos mais especializados e invasivos. Em concreto, observou-se que o diagnóstico de doença mental diminui a probabilidade de receber intervenção cirúrgica para o tratamento do cancro do esófago⁴⁴ e influencia negativamente a qualidade dos cuidados prestados e o prognóstico em doentes idosos com neoplasia da bexiga, resultando em piores taxas de sobrevivência.⁴⁵

Pensa-se que parte das disparidades de acesso a cuidados de saúde e a meios de diagnóstico e tratamento de DMG são explicadas pelo chamado “obscurecimento de diagnóstico”. No caso das pessoas com DMG, considera-se que ocorre obscurecimento de diagnóstico quando sintomas físicos ou comportamentais são erradamente atribuídos à doença mental.⁴⁶ Este efeito associa-se a prejuízo na investigação diagnóstica e, conseqüentemente, no tratamento. Acredita-se que o obscurecimento diagnóstico nesta população se verifique sobretudo no serviço de urgência, contexto que se associa frequentemente a erros de diagnóstico em pessoas com doença mental que se apresentam com queixas somáticas. Alguns fatores que se associam a este fenómeno incluem a colheita inadequada de história clínica, preconceito e receio do clínico em relação às pessoas com doença mental, articulação deficiente com os profissionais de saúde mental e apresentações clínicas complexas.⁴⁷

Um estudo qualitativo realizado na população sueca sobre as principais barreiras aos cuidados médicos prestados a pessoas com DMG, concluiu, de forma global, que existem diferenças marcadas entre a organização dos serviços de saúde e as necessidades destes doentes. Em particular, as principais dificuldades encontradas foram o “auto-estigma” (a percepção dos próprios doentes de estigmatização por parte dos profissionais de saúde) e a necessidade de contato com vários profissionais e diferentes estruturas de saúde, especialmente nos doentes com declínio cognitivo e/ou sintomas psicóticos. Observou-se ainda um défice global de conhecimento clínico no sistema, no sentido em que existe incapacidade por parte de psiquiatras para tratar doenças somáticas e desconhecimento dos médicos das restantes especialidades em relação à doença mental.¹⁷

g. Intervenções a Realizar

Apesar da evidente vulnerabilidade das pessoas com DMG em relação às doenças somáticas e mortalidade associada, existem poucos estudos sobre intervenções especificamente dirigidas a esta população. Até à data, as recomendações existentes para a monitorização de pessoas com DMG estão sobretudo ligadas aos efeitos metabólicos dos antipsicóticos, sendo necessário o desenvolvimento de *guidelines* mais abrangentes.³⁵ Os meios de deteção de risco cardiovascular utilizados na população geral poderão não permitir prever o risco cardiovascular em pessoas com DMG, motivo pelo qual será importante o desenvolvimento de modelos específicos que tenham em conta o risco cardiovascular aumentado nas pessoas com DMG.²⁸ Uma revisão da Cochrane concluiu também que não existe evidência suficiente na literatura que permita o estabelecimento de recomendações relativas ao rastreamento de doenças oncológicas em pessoas com DMG e que estudos nesta área são necessários com urgência.⁴⁸

No entanto, os estudos que existem relativamente a intervenções em pessoas com DMG são promissores. Intervenções a nível comportamental e do estilo de vida parecem ter efeito benéfico nestes doentes, pelo menos a curto-prazo, contrariando a ideia de que estes não aderem a este tipo de programas.⁴⁹ Em particular, um ensaio clínico que avaliou o benefício de uma intervenção comportamental para perda de peso em pessoas com DMG e excesso de peso ou obesidade, resultou numa redução de peso significativa.²³ Também a nível farmacológico, estudos revelaram efeito benéfico da prescrição de metformina e intervenções comportamentais na redução da obesidade, colesterol, glicemia e insulino-resistência, assim como eficácia do bupropiom e varenciclina na cessação tabágica em pessoas com.²⁸ A nível cardiovascular, estudos observacionais em doentes com esquizofrenia identificaram um efeito dose-dependente de fármacos na prevenção secundária após EAM e ainda verificaram que, com o plano de tratamento mais intensivo, estes não apresentavam maior mortalidade cardiovascular que a população geral.⁵⁰ Globalmente, estes resultados suportam que, com o investimento e intervenções adequadas, as pessoas com DMG podem beneficiar de estratégias comportamentais e farmacológicas para o controlo de doenças somáticas.

Melhorias na prevenção primária parecem oferecer o maior potencial para a redução do impacto negativo da DCV nas pessoas com DMG.²¹ Assim, é importante o foco precoce na saúde cardiovascular destes doentes, assim como um maior investimento no rastreamento, prevenção e tratamento de fatores de risco cardiovascular, como a DM, HTA, dislipidemia e o abuso de tabaco.^{13,14} É ainda fundamental aumentar as taxas de rastreamento e procurar intervir agressivamente nos fatores de risco modificáveis para doença oncológica nestes doentes.¹⁴

Parece também da maior relevância a melhor articulação entre os serviços de saúde mental e restantes estruturas de saúde. Tem sido sugerido que o acompanhamento simultâneo por serviços de saúde mental e outros serviços de saúde e a cooperação entre estes proporcionam um tratamento mais adequado e otimizado às pessoas com DMG,

reduzindo as barreiras ao mesmo.^{6,34} O trabalho conjunto com os cuidados de saúde primários e especialidades hospitalares, como endocrinologia ou cardiologia, permite o estabelecimento de responsabilidades relativamente à monitorização da saúde somática das pessoas com DMG e consequente melhoria nas taxas de rastreio cardiovascular e oncológico, prevenção primária e secundária e tratamento da doença somática.²¹ Em última análise, uma vez que o impacto da doença somática é tão elevado na população de pessoas com DMG, o risco de sobreavaliação é considerado mínimo, mesmo que os doentes sejam avaliados tanto nos cuidados de saúde primários como nos serviços de saúde mental.³⁵

A necessidade de contato com múltiplos profissionais de saúde por parte da pessoa com DMG parece ser um obstáculo que dificulta o acesso da mesma aos cuidados de saúde. Assim, a figura de um único médico de ligação entre os serviços de saúde mental e restantes cuidados médicos pode ser um facilitador que diminua esta barreira,¹⁷ podendo ainda ter um papel fundamental na diminuição do risco de obscurecimento de diagnóstico.

Por fim, é de referir que, embora a melhoria dos cuidados de saúde prestados seja urgente e necessária para reduzir as taxas de morbilidade e mortalidade nas pessoas com DMG, esta medida será provavelmente insuficiente. Existem também circunstâncias sociais, económicas e ambientais que parecem ter um papel preponderante. Assim, intervenções abrangentes abordando estes fatores na população de pessoas com DMG serão também muito importantes.³

CONCLUSÃO

Mais de um século após as primeiras descrições de mortalidade mais elevada nas pessoas com DMG, este problema de saúde pública continua a ser uma realidade.

Apesar da diminuição das taxas de mortalidade por suicídio nesta população, as doenças cardiovasculares, metabólicas

e oncológicas, entre outras, são atualmente responsáveis por grandes diferenças na esperança média de vida em relação à população geral. Para isto, contribuem factores intrínsecos a estes doentes, aos psicofármacos e à própria doença mental. No entanto, a literatura é clara na identificação de défices no acesso aos cuidados de saúde e no diagnóstico e tratamento providenciados a esta população, o que contribui decisivamente para as discrepâncias observadas.

Sendo uma revisão narrativa da literatura esta apresenta algumas limitações, como a não avaliação da qualidade dos estudos incluídos o que representa um maior risco de enviesamento nas conclusões apresentadas. No entanto, as forças desta revisão incluem a recolha de informação sobre as várias dimensões dos problemas de saúde física das pessoas com DMG com inclusão de estudos de várias partes do mundo.

Os serviços de saúde não parecem estar preparados e adaptados para as especificidades das pessoas com DMG, havendo um desencontro entre aquelas que são as suas necessidades e o que lhes é oferecido. Estes serviços poderiam então beneficiar de uma reorganização.

Além disso, o estigma, o obscurecimento de diagnóstico e a impreparação dos profissionais de saúde mental e de outras áreas para lidar com a saúde somática das pessoas com DMG são também um entrave a que lhes sejam prestados os melhores cuidados. Assim, a educação contínua dos profissionais de saúde sobre a DMG e doenças somáticas nesta população é também fundamental.

Por último, falta evidência na literatura sobre programas e intervenções específicas a realizar no âmbito da doença somática nas pessoas com DMG e que tenham em conta as suas particularidades. Neste sentido, são necessários com urgência mais estudos e maior investimento nesta área, por forma a desenvolver *guidelines* e indicações específicas que possam orientar os clínicos na sua prática.

Declaração de Contribuição

DOM: Responsável por todas as etapas da elaboração do artigo, ideia do projeto, redação do texto, definição da metodologia, colheita e tratamento de dados e revisão bibliográfica.

SGR e MP: Colaboração na revisão bibliográfica e na colheita e tratamento de dados.

EGP: Orientação e supervisão clínica, bem como do tratamento de dados e revisão bibliográfica.

Contributorship Statement

DOM: Responsible for all stages involving manuscript preparation, project idea, text writing, methodology definition, data collection and processing and literature review.

SGR and MP: Collaboration in the literature review and in the collection and processing of data.

EGP: Clinical supervision and guidance in data processing and literature review.

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

Referências

1. Druss BG, Chwastiak L, Kern J, Parks JJ, Ward MC, Raney LE. Psychiatry's Role in Improving the Physical Health of Patients With Serious Mental Illness: A Report From the American Psychiatric Association. *Psychiatr Serv*. 2018;69:254-6. doi:10.1176/appi.ps.201700359
2. Brown S. Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997;171:502-8. doi:10.1192/bjp.171.6.502
3. Druss BG, Bornemann TH. Improving health and health care for persons with serious mental illness: the window for US federal policy change. *JAMA*. 2010;303:1972-3. doi:10.1001/jama.2010.615
4. Horvitz-Lennon M, Kilbourne AM, Pincus HA. From silos to bridges: meeting the general health care needs of adults with severe mental illnesses. *Health Affairs*. 2006;25:659-69. doi:10.1377/hlthaff.25.3.659
5. M Deh, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*. 2011;10:52-77. doi:10.1002/j.2051-5545.2011.tb00014.x
6. Tanskanen A, Tiihonen J, Taipale H. Mortality in schizophrenia: 30-year nationwide follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*. 2018;138:492-9. doi:10.1111/acps.12913
7. Jayatilleke N, Hayes RD, Dutta R, Shetty H, Hotopf M, Chang CK, et al. Contributions of specific causes of death to lost life expectancy in severe mental illness. *Eur Psychiatry*. 2017;43:109-15. doi:10.1016/j.eurpsy.2017.02.487
8. Goldman ML, Spaeth-Ruble B, Pincus HA. The Case for Severe Mental Illness as a Disparities Category. *Psychiatr Serv*. 2018;69:726-8. doi:10.1176/appi.ps.201700138
9. De Hert M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, Ndeti DM, 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;10:138-51. doi:10.1002/j.2051-5545.2011.tb00036.x
10. Lomholt LH, Andersen DV, Sejrsgaard-Jacobsen C, Ozdemir CM, Graff C, Schjerning O, et al. Mortality rate trends in patients diagnosed with schizophrenia or bipolar disorder: a nationwide study with 20 years of follow-up. *Int J Bipolar Disord*. 2019;7:6. doi:10.1186/s40345-018-0140-x
11. Osby U, Westman J, Hallgren J, Gissler M. Mortality trends in cardiovascular causes in schizophrenia, bipolar and unipolar mood disorder in Sweden 1987-2010. *Eur J Public Health*. 2016;26:867-71. doi:10.1093/eurpub/ckv245
12. Fekadu A, Medhin G, Kebede D, Alem A, Cleare AJ, Prince M, et al. Excess mortality in severe mental illness: 10-year population-based cohort study in rural Ethiopia. *Br J Psychiatry*. 2015;206:289-96. doi:10.1192/bjp.bp.114.149112
13. John A, McGregor J, Jones I, Lee SC, Walters JTR, Owen MJ, et al. Premature mortality among people with severe mental illness - New evidence from linked primary care data. *Schizophrenia Res*. 2018;199:154-62. doi:10.1016/j.schres.2018.04.009
14. Olfson M, Gerhard T, Huang C, Crystal S, Stroup TS. Premature Mortality Among Adults With Schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry*. 2015;72:1172-81. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.1737
15. Nielsen RE, Uggerby AS, Jensen SO, McGrath JJ. Increasing mortality gap for patients diagnosed with schizophrenia over the last three decades--a Danish nationwide study from 1980 to 2010. *Schizophrenia Res*. 2013;146:22-7. doi:10.1016/j.schres.2013.02.025
16. Oakley P, Kisely S, Baxter A, Harris M, Desoe J, Dziouba A, et al. Increased mortality among people with schizophrenia and other non-affective psychotic disorders in the community: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2018;102:245-53. doi:10.1016/j.jpsychires.2018.04.019
17. Bjork Bramberg E, Torgerson J, Norman Kjellstrom A, Welin P, Rusner M. Access to primary and specialized somatic health care for persons with severe mental illness: a qualitative study of perceived barriers and facilitators in Swedish health care. *BMC Fam Pract*. 2018;19:12. doi:10.1186/s12875-017-0687-0
18. Nordentoft M, Wahlbeck K, Hallgren J, Westman J, Osby U, Alinaghizadeh H, 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. doi:10.1371/journal.pone.0055176
19. 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. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.2502
20. Boden R, Molin E, Jernberg T, Kieler H, Lindahl B, Sundstrom J. Higher mortality after myocardial infarction in patients with severe mental illness: a nationwide cohort study. *J Intern Med*. 2015;277:727-36. doi:10.1111/joim.12329
21. Newcomer JW, Hennekens CH. Severe mental illness and risk of cardiovascular disease. *JAMA*. 2007;298:1794-6. doi:10.1001/jama.298.15.1794
22. Laursen TM, Nordentoft M. Heart disease treatment and mortality in schizophrenia and bipolar disorder

- changes in the Danish population between 1994 and 2006. *J Psychiatr Res.* 2011;45:29-35. doi:10.1016/j.jpsychires.2010.04.027
23. Daumit GL, Dickerson FB, Wang NY, Dalcin A, Jerome GJ, Anderson CA, et al. A behavioral weight-loss intervention in persons with serious mental illness. *New Engl J Med.* 2013;368:1594-602. doi:10.1056/NEJMoal214530
 24. De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RI, Moller HJ. 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. doi:10.1016/j.eurpsy.2009.01.005
 25. Frayne SM, Halanych JH, Miller DR, Wang F, Lin H, Pogach L, et al. Disparities in diabetes care: impact of mental illness. *Arch Intern Med.* 2005;165:2631-8. doi:10.1001/archinte.165.22.2631
 26. Howard LM, Barley EA, Davies E, Rigg A, Lempp H, Rose D, et al. Cancer diagnosis in people with severe mental illness: practical and ethical issues. *Lancet Oncol.* 2010;11:797-804. doi:10.1016/S1470-2045(10)70085-1
 27. Catts VS, Catts SV, O'Toole BI, Frost AD. Cancer incidence in patients with schizophrenia and their first-degree relatives - a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2008;117:323-36. doi:10.1111/j.1600-0447.2008.01163.x
 28. Nielsen RE, Kugathasan P, Straszek S, Jensen SE, Licht RW. Why are somatic diseases in bipolar disorder insufficiently treated? *Int J Bipolar Disord.* 2019;7:12. doi:10.1186/s40345-019-0147-y
 29. Tran E, Rouillon F, Loze JY, Casadebaig F, Philippe A, Vitry F, et al. Cancer mortality in patients with schizophrenia: an 11-year prospective cohort study. *Cancer.* 2009;115:3555-62. doi:10.1002/cncr.24383
 30. Kisely S, Crowe E, Lawrence D. Cancer-related mortality in people with mental illness. *JAMA Psychiatry.* 2013;70:209-17. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.278
 31. Manderbacka K, Arffman M, Suvisaari J, Ahlgren-Rimpilainen A, Lumme S, Keskimaki I, et al. Effect of stage, comorbidities and treatment on survival among cancer patients with or without mental illness. *Br J Psychiatry.* 2017;211:304-9. doi:10.1192/bjp.bp.117.198952
 32. Oud MJ, Schuling J, Groenier KH, Verhaak PF, Slooff CJ, Dekker JH, et al. Care provided by general practitioners to patients with psychotic disorders: a cohort study. *BMC Fam Pract.* 2010;11:92. doi:10.1186/1471-2296-11-92
 33. Daumit GL, Pronovost PJ, Anthony CB, Guallar E, Steinwachs DM, Ford DE. Adverse events during medical and surgical hospitalizations for persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63:267-72. doi:10.1001/archpsyc.63.3.267
 34. Davydow DS, Ribe AR, Pedersen HS, Fenger-Gron M, Cerimele JM, Vedsted P, et al. Serious mental illness and risk for hospitalizations and rehospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions in Denmark: A nationwide population-based cohort study. *Med Care.* 2016;54:90-7. doi:10.1097/mlr.0000000000000448
 35. Lawrence D, Kisely S. Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *J Psychopharmacol.* 2010;24:61-8. doi:10.1177/1359786810382058
 36. Sullivan G, Han X, Moore S, Kotrla K. Disparities in hospitalization for diabetes among persons with and without co-occurring mental disorders. *Psychiatr Serv.* 2006;57:1126-31. doi:10.1176/ps.2006.57.8.1126
 37. Lawrence DM, Holman CD, Jablensky AV, Hobbs MS. Death rate from ischaemic heart disease in Western Australian psychiatric patients 1980-1998. *Br J Psychiatry.* 2003;182:31-6. doi:10.1192/bjp.182.1.31
 38. Laursen TM, Munk-Olsen T, Agerbo E, Gasse C, Mortensen PB. Somatic hospital contacts, invasive cardiac procedures, and mortality from heart disease in patients with severe mental disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2009;66:713-20. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.61
 39. Druss BG, Bradford WD, Rosenheck RA, Radford MJ, Krumholz HM. Quality of medical care and excess mortality in older patients with mental disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 2001;58:565-72. doi:10.1001/archpsyc.58.6.565
 40. Jakobsen L, Terkelsen CJ, Christiansen EH, Maeng M, Jensen LO, Veien K, et al. Severe Mental Illness and Clinical Outcome After Primary Percutaneous Coronary Intervention. *Am J Cardiol.* 2017;120:550-5. doi:10.1016/j.amjcard.2017.05.021
 41. Bongiorno DM, Daumit GL, Gottesman RF, Faigle R. Comorbid Psychiatric Disease Is Associated With Lower Rates of Thrombolysis in Ischemic Stroke. *Stroke.* 2018;49:738-40. doi:10.1161/STROKEAHA.117.020295
 42. Kisely S, Campbell LA, Wang Y. Treatment of ischaemic heart disease and stroke in individuals with psychosis under universal healthcare. *Br J Psychiatry.* 2009;195:545-50. doi:10.1192/bjp.bp.109.067082
 43. Mitchell AJ, Pereira IE, Yadegarfar M, Pepereke S, Mugadza V, Stubbs B. Breast cancer screening in women with mental illness: comparative meta-analysis of mammography uptake. *Br J Psychiatry.* 2014;205:428-35. doi:10.1192/bjp.bp.114.147629
 44. O'Rourke RW, Diggs BS, Spight DH, Robinson J, Elder KA, Andrus J, et al. Psychiatric illness delays diagnosis of esophageal cancer. *Dis Esophagus.* 2008;21:416-21. doi:10.1111/j.1442-2050.2007.00790.x
 45. Sathianathen NJ, Fan Y, Jarosek SL, Konety I, Weight CJ, Vinogradov S, et al. Disparities in bladder cancer treatment and survival amongst elderly patients with a pre-existing mental illness. *Eur Urol Focus.* 2019. doi:10.1016/j.euf.2019.02.007
 46. Jones S, Howard L, Thornicroft G. 'Diagnostic overshadowing': worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatr Scand.* 2008;118(3):169-71. doi:10.1111/j.1600-0447.2008.01211.x
 47. Geiss M, Chamberlain J, Weaver T, McCormick C, Rauffer A, Scoggins L, et al. Diagnostic Overshadowing

- of the Psychiatric Population in the Emergency Department: Physiological Factors Identified for an Early Warning System. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2018;24:327-31. doi:10.1177/1078390317728775
48. Barley EA, Borschmann RD, Walters P, Tylee A. Interventions to encourage uptake of cancer screening for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;9:CD009641. doi:10.1080/01612840.2016.1188583
49. Singh VK, Karmani S, Malo PK, Virupaksha HG, Muralidhar D, Venkatasubramanian G, et al. Impact of lifestyle modification on some components of metabolic syndrome in persons with severe mental disorders: A meta-analysis. *Schizophr Res.* 2018;202:17-25. doi:10.1016/j.schres.2018.06.066
50. Kugathasan P, Horsdal HT, Aagaard J, Jensen SE, Laursen TM, Nielsen RE. Association of secondary preventive cardiovascular treatment after myocardial infarction with mortality among patients with schizophrenia. *JAMA Psychiatry.* 2018;75:1234-40. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.2742