

O PESO DA DEPRESSÃO

Dados inéditos sobre os diagnósticos nos centros de saúde do SNS revelam que no final de 2017 havia 999 032 mil utentes sinalizados com perturbação depressiva. Os médicos estão mais sensibilizados, as pessoas falam mais. Os cuidados de saúde primários deviam ter três vezes mais psicólogos do que têm hoje, mas há equipas multidisciplinares a tentar fazer a diferença, em particular junto de mulheres de meia idade, quem mais tem queixas depressivas. Conheça ainda a fronteira do burnout, que resulta também da pressão crescente do trabalho. E saiba mais sobre o renascimento de técnicas como a terapia eletroconvulsiva ou sobre os casos icónicos de doentes que fizeram história

QUANDO AS QUEIXAS CHEGAM PRIMEIRO AO MÉDICO DE FAMÍLIA

No final de 2017 havia quase um milhão de portugueses com diagnóstico de depressão nos cuidados de saúde primários e mais de 650 mil com diagnóstico de ansiedade

“Eu não sei o que venho cá fazer. Dói-me a cabeça. A doutora tira-me a dor de cabeça?” – Maria Cristina Nunes, psicóloga no Agrupamento de Centros de Saúde de Cascais, lembra o desabafo de uma doente deprimida não há muito tempo. Apesar de o médico de família a ter encaminhado para a consulta de psicologia, não estava convencida. “Mas veio”, remata a psicóloga.

Para quem trabalha na resposta de saúde mental nos cuidados de saúde primários do Serviço Nacional de Saúde o caso é paradigmático e é a diferença entre ir e não ir que pode ser determinante: não é raro serem os médicos de família a captar os primeiros sinais de perturbação depressiva ou ansiosa, mesmo quando os doentes não os reconhecem. Dores, dificuldades em dormir, problemas gastrointestinais. Também acontece os doentes começarem a chorar mal entram no gabinete, mas nem sempre é assim. Na maioria das vezes, são perturbações ligeiras, que não requerem encaminhamento para os serviços de psiquiatria dos hospitais. Mas podem ganhar com uma resposta multidisciplinar, em que além do médico de família entra um psicólogo e um enfermeiro de família. O problema? No final do ano passado cerca de 10% dos utentes inscritos no SNS tinham diagnóstico de depressão, o que dá quase um milhão de pessoas com este tipo de problemas. E apesar deste modelo de funcionamento ser o objetivo, ainda faltam meios.

Dados inéditos fornecidos ao i pela ACSS, que em 2016 passou a poder coligir informação a nível nacional, revelam que no final do ano passado havia 999 032 doentes com diagnóstico de depressão e 662 587 com diagnóstico de ansiedade nos centros de saúde, as perturbações psicológicas mais comuns. Nem todos terão médico de família e os centros de saúde contam com apenas 242 psicólogos.

“NÃO PODEMOS DRAMATIZAR NEM DESVALORIZAR”

Eunice Carrapiço, médica de família, e Maria Cristina Nunes e Rita Correia, psicólogas, conhecem bem esta realidade. Pertencem as três ao ACES de Cascais e, além disso, Eunice e

Rita fazem parte da equipa de apoio ao desenvolvimento dos cuidados de saúde primários da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Para garantir um atendimento de maior proximidade nesta área, o SNS devia ter três vezes mais psicólogos, dizem. Na ARS de Lisboa e Vale do Tejo são 77, nuns agrupamentos de centros de saúde mais e noutros menos. Cascais está num nível relativamente bom, com seis psicólogos para 205 mil utentes. O rácio no cenário perfeito seria um para cada 5000 utentes e, mais realistamente, um para 15 mil. Hoje a conta dá um psicólogo para 35 mil utentes e “há sítios onde é pior”.

Ainda assim, mais do que lamentarem-se, preferem focar-se no trabalho e no percurso já feito. “Não podemos dramatizar nem desvalorizar”, resume Maria Cristina Nunes, que há 35 anos quando começou por trabalhar como psicóloga no serviço de psiquiatria do Hospital de Santa Maria ainda era uma espécie de aparição. “Perguntavam-me ‘psicóloga para fazer o quê?’”.

Nos anos 90, os psicólogos passaram a ser reconhecidos como parte das estruturas dos cuidados primários e desde então o reforço desta resposta tem sido reiterado diversas vezes, ainda que no terreno as coisas não avancem assim tão rápido. Os próprios médicos de família, durante a especialidade, passam hoje por um período num departamento de psiquiatria hospitalar e estão mais sensibilizados para as questões do foro mental, o que a par de um menor estigma da população para dizer o que sente pode contribuir para haver um maior número de casos sinalizados.

Os próprios médicos de família, durante a especialidade, passam por um período num departamento de psiquiatria hospitalar

AJUDAR OS DOENTES A JUNTAR AS PONTAS

Apesar das dificuldades, de uma coisa têm a certeza: se o sistema funcionar, os cuidados primários têm capacidade para despistar precocemente ou até prevenir problemas que dificilmente chegariam a consulta até na psicologia privada – e as razões económicas não são o único motivo.

Por um lado, porque muitas vezes as manifestações físicas não são associadas pelos utentes a doença psiquiátrica. “As manifestações de perturbação depressiva podem até variar consoante a cultura”, diz Rita Correia, dando o exemplo de os doentes africanos terem mais tendência para desvalorizar alguns sintomas físicos. Por outro lado, por vezes perceber o contexto familiar – algo a que o médico de família terá um acesso facilitado – pode dar alguns sinais de alerta. Eunice Carrapiço recorda um caso de uma família em que o acompanhamento da mãe com uma doença oncológica permitiu chegar a uma filha adolescente com ataques de pânico e diagnosticar uma perturbação mental mais grave a um irmão mais novo.

“Às vezes os doentes já andaram de médico especialista em médico de especialista e chegam a pedir-nos ajuda para ligar as pontas”, resume ainda a médica de família. “Mas pouco interessa eu fazer um brilharete a dizer que a pessoa está deprimida ou ansiosa, o que importa

é que a pessoa chegue lá, tenha ajuda para construir a sua própria narrativa e iniciar o tratamento.”

Como garantir consultas de psicologia regulares quando faltam meios? Aqui, acreditam que a lógica tem de ser um pouco diferente da que poderia ser importada da psicologia no privado e, mais uma vez, envolver toda a equipa. “Há pessoas que estão tão aflitas que até teriam consultas diariamente, mas não haveria meios para tal. Não importa ter consultas ao metro, mas garantir um acompanhamento continuado, pelo médico de família, pelo psicólogo e pelo enfermeiro.”

E ter uma postura também informativa e educativa, continua Maria Cristina Nunes, que explica que na maioria das vezes trata-se de ajudar as pessoas a lidar com aquilo que podem ser consideradas as “nódoas negras” da vida numa sociedade em que um estado mais em baixo não é assim tão bem visto. “É muito mais aceite uma pessoa ter uma úlcera do que ter uma depressão. Existem depressões endógenas, depressões de carácter existencial, mas a maioria que não precisa de ser encaminhada para a psiquiatria são pessoas com mais dificuldades em lidar com os embates da vida”, diz a psicóloga.

E, aí, trata-se de perceber quais são os recursos emocionais de cada um para lidar com as crises, seja o luto, um divórcio, o desemprego. “É como se o indivíduo fosse uma maçã”, compara Maria Cristina Nunes. “Quando cai temos de ver qual é a parte que está tocada. Levou um encontrão e há uma parte moída. Há indivíduos em que está quase tudo moído e só há um bocadinho são. Há outros em que está quase tudo bom, entendendo-se este bom como os recursos que a pessoa tem para lidar com a situação, com o que está mal.”

É essa avaliação que ditará o acompanhamento, mais do que definir que todos os diagnósticos de depressão ou ansiedade requerem consultas semanais. Acertar diagnósticos e medicação são outras vantagens de trabalhar em equipa, cientes de que o trabalho vai além do gabinete: os psicólogos estão inseridos na chamada Unidade Recursos Assistenciais Partilhados, que dá resposta às diferentes unidades de cada agrupamento de centros de saúde. No caso de Cascais, são 20 serviços, onde se inclui por exemplo visitas domiciliárias também de psicologia, pedidas por exemplo pelas equipas de cuidados continuados que acompanham em casa doentes oncológicos ou com doenças neurodegenerativas.

“É UMA BOLA DE NEVE. DOENÇA FÍSICA GERA DEPRESSÃO E ANSIEDADE E VICE-VERSA”, DIZ PSICÓLOGA

Trabalho não falta. Eunice partilha algumas estatísticas da sua experiência na USF de São João do Estoril: em 3196 consultas presenciais analisadas, as perturbações da ansiedade e depressivas aparecem em sexto e sétimo lugar das questões mais frequentemente abordadas, só atrás da hipertensão, infeções respiratórias, alteração do metabolismo dos lípidos – colesterol elevado – e bursites ou tendinites. São mais comuns que excesso de peso, diabetes ou asma. A nível nacional, o número de doentes diagnosticados com diabetes nos centros de

saúde (798 755) não bate os deprimidos. Apenas cerca de dois em cada dez casos precisam de ser encaminhados para a psiquiatria, estima a médica de família.

“A nível nacional, as perturbações depressivas são o terceiro motivo para a ida aos cuidados de saúde primários”, resume Rita Correia, sublinhando que importa contrariar, ao mesmo tempo, uma certa tendência para ‘psicologilizar’ tudo.

Quanto ao caminho ser este, não têm dúvidas, mesmo que por agora seja ainda mais um “desejo” do que uma realidade para todo o país. “Alguns dos nossos casos de maior sucesso até eram pessoas que tinham capacidade de ir ao privado mas aceitaram esta proposta de proximidade e continuidade”, diz Eunice. Até porque doença física e mental, que os médicos de família têm como missão abordar como um todo ao longo da vida, acabam por muitas vezes estar interligadas. “Isto é uma bola neve. A doença física gera depressão e ansiedade e vice versa. Muito do nosso trabalho passa por explicar, trocar por miúdos aquilo que as pessoas estão a viver. Ideias como ‘tomo 20 comprimidos, estou muito mal. Pode tomar apenas um e estar pior’”, sorri Maria Cristina Nunes.

MÃES, MULHERES E CUIDADORAS.

“ÀS VEZES É COMO SE TIVESSEM UM LAR LÁ EM CASA”

Um quarto das mulheres entre os 55 e os 65 anos inscritas nos centros de saúde têm diagnóstico de depressão. No ACES de Cascais, há grupos terapêuticos só destinados a mulheres em sofrimento psicológico

Separações aos 70 anos, que no passado eram um tema que não se via em consulta, são hoje um relato mais habitual, diz psicóloga

Maria Cristina Nunes diz ter muitos pedidos para observar a dinâmica, mas o espaço é reservado e por isso não recebe visitas externas. Quinzenalmente, às segundas e quartas, a psicóloga reúne-se com grupos de seis a oito mulheres, as mais novas na casa dos 35 e as mais velhas dos 70, para sessões de psicoterapia. A ideia é partilhar preocupações e informação, sem tema predefinido. Depois de trabalhar na intervenção no alcoolismo no antigo Instituto da Droga e Toxicodependência, a psicóloga achou que adaptar a estratégia de grupo à promoção da saúde mental nos centros de saúde podia fazer a diferença.

Começaram há quatro anos e o projeto, que recebe utentes de todas as unidades do Agrupamento de Centros de Saúde de Cascais, é considerado hoje uma das boas práticas na ARS de Lisboa e Vale do Tejo que talvez pudesse ser replicada noutros locais, entende a equipa regional de desenvolvimento dos cuidados primários. “Como não temos capacidade de ir a tudo, temos de potenciar este tipo de respostas que podem fazer a diferença na comunidade”, diz Eunice Carrapiço, médica de família da equipa regional. “É uma forma de aceder a um maior número de pessoas, com o foco de prevenir que uma depressão se agrave ou reduzir as possibilidades de recaída de episódios depressivos que possam existir”.

Por agora, os grupos de Maria Cristina Nunes, que funcionam no edifício que concentra as unidades do ACES em São João do Estoril, são uma experiência isolada. Porquê mulheres e sobretudo de meia idade? São quem mais recorre aos centros de saúde com queixas depressivas.

Os dados da Administração Central do Sistema de Saúde cedidos ao i atestam isso mesmo. A nível nacional, 9,9% dos utentes inscritos nos centros de saúde tinham no final de 2017 um diagnóstico de depressão. Tal como têm sugerido os últimos estudos a nível nacional e mesmo internacional, há muito mais mulheres a manifestar estes problemas e o risco aumenta com a idade.

Tendo em conta apenas as estatísticas dos cuidados de saúde primários do SNS, que não podem ser consideradas um estudo de prevalência na população em geral, as mulheres entre os 55 e os 65 anos são mesmo o grupo com mais diagnósticos: uma em cada quatro mulheres nesta faixa etária que recorre aos centros de saúde apresenta sintomas de depressão. Nos homens, também porque se queixam menos, há quatro vezes menos diagnósticos.

SESSÕES PSICOTERAPÊUTICAS PARA MULHERES COM DEPRESSÃO ACONTECEM DE 15 EM 15 DIAS NO ESTORIL

Que explicações existem para o fenómeno? Maria Cristina Nunes não hesita em falar de condicionantes da vida das mulheres, ao acumularem diferentes papéis, que acabam por ser uma sobrecarga importante a nível psicológico. E o facto de a esperança média de vida ter aumentado nas últimas décadas – e de elas continuarem a viver mais do que eles – é um dos fatores a ter em conta.

Neste momento temos mulheres que criaram os filhos, até já têm netos e ainda têm os pais. Cuidam dos pais, octogenários e às vezes mais, cuidam dos sogros. Às vezes é quase um lar lá em casa”, partilha a psicóloga, que diz que queixas como “não tenho tempo para mim” são habituais. Mas também há questões biológicas: a diminuição do estrogéneo com a menopausa aumenta o risco.

Outra fase problemática é a saída dos filhos de casa, cada vez mais tarde, o chamado “síndrome do ninho vazio.” Em última instância pode ser o início de um período de maior confronto com o companheiro e por mais tempo. Um tema que se tornou também mais comum nos últimos tempos são separações aos 70 anos, pessoas que se divorciam mesmo ou passam a viver vidas separadas na mesma casa. “Cuidaram dos filhos, serviram os maridos, criaram os netos e depois ainda vão cuidar dos maridos porque eles envelhecem primeiro”, resume Maria Cristina Nunes. A separação pode ser um alívio mas também pode ser problemática e gerar situações de isolamento, depende de cada caso.

Nos seus grupos, há diferentes histórias, doença física, por exemplo fibromialgia, e viuvez. Geralmente as mulheres fazem seis a oito sessões, mas há quem seja seguido durante meses. “A ideia não é ter um grupo de autoajuda, em que a pessoa chega lá e diz ‘chamo-me António e hoje não bebi’, com todo o valor que esses grupos têm. É um grupo psicoterapêutico com

uma componente pedagógica sobre a doença e promoção da saúde”, resume Maria Cristina Nunes. Não acredita que esta seja uma “panaceia”, mas é mais uma ajuda.

PRIMEIRAS CRISES PODEM SURGIR NA INFÂNCIA

Estima-se que a depressão afete ao longo da vida cerca de 20% da população e metade das pessoas recupera sem voltar a ter mais um episódio. Porém, perante a repetição de três episódios – que em média duram quatro a oito meses – o risco de recaída dispara. O acompanhamento precoce pode ser vital e por isso importa saber que os sintomas podem aparecer cedo, logo na infância, até em bebés. Segundo a ACSS, no final de 2017 havia 187 crianças até aos dez anos diagnosticadas com depressão nos centros de saúde e 885 casos de ansiedade.

Rita Correia, psicóloga, sublinha uma particularidade: é apenas nesta faixa etária que existem mais rapazes do que raparigas sinalizados, dado terem mais tendência a manifestações comportamentais problemáticas. Birras, agressões, frustrarem-se com facilidade e atitudes de desafio e oposição são as queixas mais vezes reportadas. O divórcio dos pais, a mudança de casa ou de escola ou a chegada de um irmão são algumas das situações externas que podem gerar crises.

RICARDO GUSMÃO.

“NÃO HÁ DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO NEM IGUALDADE DE GÉNERO COM ESTES NÚMEROS”

Como vê esta incidência nos cuidados de saúde primários?

Na minha tese de doutoramento em 2006 verifiquei que a prevalência e depressão nos cuidados de saúde primários era de 20 a 25% e que só 40% eram identificados, o que coincide com os números atuais. Ou seja: nada mudou. De qualquer forma, seja ou não uma realidade ainda sobrestimada, são números muito graves: não há desenvolvimento económico nem igualdade de género com estes números.

Como vê o facto de haver 242 psicólogos nos centros de saúde?

Essa é outra questão: o que é que eles lá fazem? Há locais onde as coisas funcionam bem e outros onde não funcionam. Há um plano global e racional de utilização racional destes recursos humanos nos ACES? Não há. A ideia de que os psicólogos podem substituir os médicos de família no diagnóstico e tratamento da depressão e outras doenças psiquiátricas é um mito. E é perigoso. Poderia haver trabalho em equipa, sim senhor, mas não há uma ideia global de como isso se faz. Muitos psicólogos querem ser ‘autónomos’ e alguns médicos de família não querem ter responsabilidades na prestação de cuidados de saúde mental. Até ao momento não tem havido coordenação entre os Cuidados de Saúde Primários e a Saúde Mental, ao nível mais elevado.

Existe um sistema de saúde preparado para lidar com um milhão de portugueses com depressão?

Existe. Falta é visão, formação e liderança ou vontade política. Até recentemente, os responsáveis pela saúde mental têm ignorado este tipo de problemas e centrado a sua atenção nos 2 a 3% afetados por doenças mentais muito graves e que carecem de tratamento psiquiátrico especializado. Aliás, tem-se confundido o conceito de saúde mental com ausência marcada de saúde mental. Os responsáveis dos Cuidados de Saúde Primários só recentemente despertaram para o problema. Trata-se de matéria muito complexa em termos de organização da prestação de cuidados. Ora, quem controla a saúde não percebe nada de prestação de cuidados mas sim de gestão.

Que medidas lhe pareceriam mais urgentes no panorama nacional?

Adotar os planos e projetos pilotos realizados nos últimos dez anos e dar-lhes sustentabilidade.

Pertence à EUTIMIA – Aliança Europeia Contra a Depressão em Portugal, que tem por exemplo projetos de intervenção na infância.

Temos vindo a desenvolver projetos de capacitação das escolas e dos professores em literacia em saúde mental e prevenção da depressão e suicidalidade. O objetivo final é a criação de currícula que os professores possam trabalhar com os adolescentes. Até aos 26 anos de idade, a incidência vital de depressão é de 50%. A adolescência decorre dos 12 aos 24 anos, o que quer dizer que ao longo dos primeiros 25 anos de vida vão surgir metade das depressões iniciais. A literacia em saúde mental nos jovens é um trabalho que carece de desenvolvimento contínuo e sustentável.

Discutiu-se esta semana a eutanásia. Como é que um psiquiatra que tem trabalhado no combate à depressão e suicídio encara esta hipótese?

Não há uma resposta simples. A vontade de morrer é o que caracteriza as pessoas com depressão grave e outras doenças mentais graves que são aquelas que se suicidam em 95% ou mais dos casos. Obviamente, quando as pessoas estão no uso da sua capacidade e o deixam claro em testamento vital ou a morte pode ocorrer a qualquer momento, é importante mitigar o sofrimento. O não encarniçamento terapêutico ou mesmo a eutanásia poderão ser atos médicos deontologicamente muito aceitáveis. Seria importante que se definisse legalmente o que é um ato médico. Poder-se-ia elevar o patamar da discussão e da sua exequibilidade: a eutanásia poderia vir a ser aceitável em situações medicamente diagnosticáveis e prescrita como intervenção aceitável. Imagino que o número fosse muito baixo neste quadro. Como psiquiatra, abjuro a morte assistida, a ideia de dar ao doente meios para ele se matar: é mimética de um ato suicida e uma cobardia médica, um paradoxo clínico. Ou é um ato médico ou não faz sentido existir.

O número de suicídios baixou em 2016, para 981 casos. Existe forma de estimar quantos serão motivados por sofrimento resultado de uma doença terminal ou incapacitante e que possam ter sido uma decisão consciente?

Duvido que sejam números reais, devem ser superiores. A depressão grave afeta mais as pessoas com doenças incapacitantes. Saber que se vai morrer um dia por causa de uma doença e antecipar esse momento só em circunstâncias muito raras e extremas é que poderá ocorrer 'conscientemente'.

Como vê ideias como a que defende a associação Dignitas, na Suíça, de que o suicídio acompanhado previne o suicídio clandestino?

Homicídio, certamente. Psicopatia travestida em generosidade? Nihilismo? Crime contra a humanidade? Qual a diferença entre suicídio clandestino e suicídio acompanhado? Com mais ou menos sofrimento? Tratar-se-á de uma questão de mitigar o sofrimento na morte autoprovocada sem aferição da capacidade para a mesma, sofrer mais ou menos dor. Como psiquiatra considero tal conjunto de valores revelador do empobrecimento da vida psíquica. Lorenz antecipou isto: é pós-moderno e pseudocivilizacional. Imagino que possa vir a ser uma das próximas causas fraturantes em Portugal.

O REGRESSO DOS ELETROCHOQUES. QUEBRAR O ESTIGMA PARA TRATAR DOENTES GRAVES

A técnica de induzir convulsões através de estímulos elétricos, hoje mais precisa e segura, é cada vez mais utilizada depois de décadas de ostracização. O Centro Hospitalar da Cova da Beira inaugura este mês uma unidade de terapia eletroconvulsiva que vai dar resposta ao interior do país. Em doentes com depressão grave e que não respondem a medicação o sucesso ronda os 80%

Filmes como "Voando Sobre um Ninho de Cucos", mas também a ideia de que os psicofármacos dariam uma resposta mais eficaz a todos os doentes, contribuíram para o abandono da terapia eletroconvulsiva nas últimas décadas

Um estudo publicado este mês pela Universidade de Michigan é só mais um dos argumentos para uma tese que tem vindo a ganhar força: os investigadores concluíram que a terapia eletroconvulsiva – os controversos eletrochoques que durante décadas estiveram arredados da prática psiquiátrica – é o tratamento mais eficaz em termos de resultados e custos para tratar doentes deprimidos em que já tenham falhado dois tipos de intervenção. Basta uma pesquisa pelas últimas notícias internacionais nesta área para perceber que o tema, que há alguns anos tornou a ganhar peso entre os médicos, começa a fazer caminho na opinião pública. Por cá, também há novidades: este mês o Centro Hospitalar da Cova da Beira inaugura uma unidade de terapia eletroconvulsiva, que vai dar resposta ao interior do país. Até aqui, além de oferta no privado e nem sempre com as técnicas mais avançadas, havia apenas resposta hospitalar em hospitais de Lisboa, Porto, Aveiro, Coimbra e Tomar.

O cenário é descrito por Nuno Rodrigues Silva, psiquiatra e coordenador da unidade que está prestes a iniciar atividade no Hospital da Covilhã. O projeto estava na calha há um ano e agora está tudo pronto para começar a receber doentes, o que deverá acontecer dentro de duas a três semanas. Nuno Rodrigues Silva acredita que o estigma que ainda existe em torno destes

tratamentos mais tarde ou mais cedo haverá de quebrar por força dos resultados. Mais do que diminuir sintomas, trata-se de repor o funcionamento normal do cérebro.

A técnica destina-se a casos graves de perturbação mental, nomeadamente depressões resistentes a tratamentos, que não são assim um problema tão residual: representam 20% a 30% dos diagnósticos “a sério” de depressão, sublinha o médico. “Há situações a que se chama depressão mas se calhar está ali no limiar. Falo de estados em que há alterações importantes do sono, do apetite, até da temperatura, alterações biológicas e não só uma reação complicada a circunstâncias difíceis da vida. Ainda assim, são bastantes doentes. Ainda hoje vi dois em consulta que seriam elegíveis”.

Nestes doentes mais graves e complexos, em que sucessivos tratamentos não tiveram efeito, a terapia eletroconvulsiva moderna – porque é preciso fazer essa distinção – tem resultados que o médico reconhece serem uma mudança radical no prognóstico: a taxa de eficácia nos doentes resistentes aos tratamentos convencionais rondam os 80%.

O EFEITO ‘VOANDO SOBRE UM NINHO DE CUCOS’

Mais de 40 anos depois da estreia do filme “Voando sobre um Ninho de Cucos”, um dos marcos no movimento anti psiquiatria e que contribuiu para o enterrar da terapia eletroconvulsiva praticada sobretudo nos anos 40 e 50 do século passado, Nuno Rodrigues Silva não tem dúvidas de que a imagem de Jack Nicholson continua a ser a referência de muitas pessoas quando se fala deste tema. Esse é um dos preconceitos que importa vencer. “Eram aparelhos mais rudimentares e com parâmetros que induziam muitos efeitos secundários. Também não havia anestesia, o que gerava problemas, uma vez que a indução de convulsões provocava contrações dos músculos, às vezes até fraturas de ossos”, lembra o psiquiatra. “Hoje usam-se parâmetros mais precisos, tirando-se proveito das propriedades das ondas elétricas. O doente tem uma anestesia com relaxante muscular, já não há aquelas contrações violentas. Quem vê hoje o procedimento perceber que não tem nada a ver mas claro que os doentes têm sempre dúvidas. Sobre isso, há estudos interessantes: a percepção antes do tratamento de doentes e familiares é negativa. Há casos em que recusam. Mas no pós tratamento a satisfação é enorme.”

Os tratamentos podem até ser feitos em ambulatório e o doente consegue ir para casa 15 minutos depois das sessões, duas ou três vezes por semana. No passado da terapia eletroconvulsiva, além de maior risco de efeitos secundários até a nível cognitivo, como perda de memória, a pessoa podia levar horas a ficar de novo lúcida.

HOJE EM DIA OS DOENTES SÃO SUBMETIDOS A ANESTESIA E TOMAM UM RELAXANTE MUSCULAR, O QUE REDUZ RISCOS

A PROMESSA DOS MEDICAMENTOS

Nuno Rodrigues Silva sublinha que não foram apenas os movimentos anti-psiquiatria e o entendimento da técnica como forma de tortura ou coerção dos doentes o único motivo para historicamente ser abandonada: o alerta público coincidiu com a alvorada de novos

psicofármacos. “Criou-se uma certa ideia de que era possível tratar tudo com medicamentos mas essas expectativas acabaram por ser de alguma forma frustradas. Melhoram alguns casos mas há muitos em que não melhoram. Fomos tendo fármacos com menos efeitos secundários mas sem serem tão eficazes.”

Em Portugal, não é claro qual o nível de utilização da terapia eletroconvulsiva – um dos trabalhos que está a ser feito no Centro Hospitalar da Cova da Beira no âmbito de uma tese de mestrado é esse levantamento, que deverá estar pronto dentro de um ano. Nuno Rodrigues Silva admite que a utilização ainda seja reduzida, mas sublinha que noutros países a técnica foi simplesmente banida. É o caso da Eslovénia. Por cá, o tratamento é permitido, mas a lei de saúde mental mantém uma obrigação expressa: os doentes não podem ser submetidos a electroconvulsivoterapia sem o seu prévio consentimento escrito, lê-se no diploma de 1998.

No privado, os tratamentos podem rondar os 2000/3000 euros, embora seja preciso pesar o custo da anestesia e diária de internamento. Quanto ao investimento necessário para criar uma unidade no Serviço Nacional de Saúde, Nuno Rodrigues Silva diz que o aparelho tem um custo na casa dos 30 mil euros. A abertura na Covilhã foi total, mas no hospital onde estava anteriormente o projeto não chegou a avançar.

“Às vezes custa a crer porque é que há tanta relutância. Se compararmos com os gastos associados a outras especialidades, não é nada. Há países, nomeadamente nórdicos, onde é obrigatório os serviços de psiquiatria terem terapia eletroconvulsiva: é considerado um recurso básico, como o hospital ter medicação disponível para os doentes.”

Neste momento, perceber se há vantagem em enviar mais cedo os doentes para esta resposta em vez de esperar por casos extremos em que nada funciona é uma das discussões acesas da psiquiatria. Para já, Nuno Rodrigues Silva não tem dúvidas de que para os doentes mais graves é crucial. E, por vezes, os quadros mais complexos, como depressões psicóticas, têm ainda melhores resultados, ainda que seja necessário fazer manutenção ao final de um ano com medicação ou novas sessões, assinala.

Um dos casos que mais o marcou foi um homem na casa dos 50 anos, que estava há 16 anos num quadro depressivo grave e já tinha tentado de tudo, inclusive um ano numa comunidade terapêutica. Ao início, nem tinha capacidade para marcar as sessões sozinho. Passadas algumas semanas, tornou a sair para tomar café com os amigos.

DEMASIADOS COMPRIMIDOS?

É um alerta cíclico: os portugueses consomem um número elevado de psicofármacos, em particular ansiolíticos, cujo uso prolongado pode gerar dependência. A análise mais recente cobriu o período entre 2013 e 2016. Nestes três anos, o consumo de embalagens de antidepressivos duplicou em Portugal, de 5,5 milhões para 11,8 milhões.

O aumento no consumo de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos não foi tão elevado, mas em 2016 o valor continuava a crescer, tendo passado de 7,3 milhões de embalagens para 12,9 milhões.

No caso dos calmantes, parece haver algum consenso de que esta é uma tendência a contrariar no imediato. Um estudo do Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Lisboa demonstrou ser possível ter um programa de desabitação: em 66 doentes recrutados em centros de saúde de Lisboa, 63% conseguiram largar os ansiolíticos ao fim de seis meses, quando alguns estavam dependentes há mais de uma década.

No caso dos antidepressivos, o assunto é menos linear. “Não sei dizer se é muito ou pouco. Era importante fazer mais psicoterapia, prescrever menos fármacos, mas as coisas não são assim tão simples. Precisávamos de muito mais psicoterapeutas”, diz Nuno Rodrigues Silva. Em entrevista ao i em abril, o bastonário dos psicólogos defendeu a criação de um Programa Nacional de Prevenção da Depressão e alertou que sem respostas alternativas no SNS dificilmente se poderá reduzir o consumo de medicação. “As primeiras consultas de psicologia não têm grande tempo de espera, mas para uma segunda consulta pode ser seis meses, um ano e em nenhum modelo de intervenção psicológica é razoável esperar tanto tempo”, disse Francisco Miranda Rodrigues.

A fatura hoje é elevada: em 2016, as embalagens de psicofármacos representaram um gasto total de 216 milhões de euros. Os últimos dados do Infarmed revelam que em 2017, só nas farmácias, o Estado gastou 34,3 milhões a participar antidepressivos, um aumento de 5,2% face ao ano anterior. Foram dispensadas 8 356 105 embalagens – a que falta acrescentar os medicamentos administrados nos hospitais. Foram ainda vendidas 10 622 652 embalagens de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos. Nesta categoria, a subida foi de apenas 0,1%, mas o número ainda não começou a cair.

TENDÊNCIAS

PERFIL GENÉTICO

Chama-se farmacogenética e é uma das apostas da medicina personalizada. Por cá, alguns psiquiatras na privada já propõe aos doentes fazer um perfil genético que permite perceber como é que o fígado metaboliza medicamentos, o que pode ajudar a decidir melhor o antidepressivo em cada caso.

KETAMINA

Um medicamento inspirado na ketamina, usado na veterinária e como droga ilícita, está a ser apontado como uma solução de urgência para casos graves de depressão e ideação suicida. O tema é controverso mas está a atrair alguma atenção. Segundo a Business Insider, há várias empresas interessadas numa molécula deste género, entre as quais a Allergan, que promoveu o botox.

MINDFULNESS

Um estudo publicado na Lancet revelou que as técnicas de meditação podem ser usadas em alternativa a medicamentos em doentes com depressão em fase de manutenção. Esta é uma

das áreas de trabalho do psiquiatra Nuno Rodrigues Silva, um dos mentores do Centro para o Mindfulness na Medicina e na Sociedade, que dá formações nesta área.

BURNOUT? DEPRESSÃO? O QUE OS SEPARA?

Este problema que muitos tratam como “esgotamento profissional” custa milhões de euros por ano às empresas, afeta cada vez mais profissionais e espalhou-se por todos os setores de atividade

Em 2016, o burnout afetava já mais de 13,7% das pessoas ativas em Portugal

Sofia Martins Santos

O burnout é, por definição, um distúrbio que se caracteriza pelo esgotamento físico, mental e psíquico de alguém. Normalmente, é associado ao stresse no trabalho. Em linguagem mais simples, é o que faz ser possível num minuto estarmos a trabalhar e, no minuto seguinte, deixarmos de funcionar.

Apesar de o termo ser pouco conhecido para alguns, a verdade é que os números impressionam e é possível que não saiba o nome mas conheça casos de quem enfrentou ou enfrenta ainda este problema.

Em 2016, o burnout afetava já mais de 13,7% das pessoas ativas em Portugal e havia já profissões destacadas por terem taxas de incidência maiores. Além disso, era elevada a percentagem de trabalhadores em risco: 82%. Apesar de afetar trabalhadores em todas as áreas, independentemente da idade, há quem fale em riscos superiores em setores de atividade onde o stresse é muito maior. Mas não só. Também há quem associe ao excesso de trabalho, que pode, muitas vezes, ser traduzido em excesso de horas de trabalho. Recentemente, Jorge Cid, bastonário dos médicos veterinários, sublinhou que “esta profissão é a que tem mais suicídios a nível mundial. Portanto, tornou-se importante falar especificamente do burnout e como é que se deve comunicar com as pessoas”. E porquê? Entre outras questões, “as pessoas trabalham muito tempo. Não têm horas, não têm fins de semana e não têm noites porque são chamados a qualquer hora. Além disso, lidam com uma sociedade cada vez mais imediatista. Além de que a sociedade está mais exigente, mas com uma exigência ilógica”.

Mas estará o burnout diretamente ligado ao número de horas que se trabalha? A verdade é que as profissões com piores horários parecem estar mais próximas do risco. E como está Portugal em matéria de horas extraordinárias?

De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), juntando todos os setores de atividade, em média, os portugueses trabalham cerca de oito horas extraordinárias semanalmente. Partindo para os diferentes setores, pode dizer-se que é na agricultura, produção animal, caça, floresta e pesca que a percentagem de trabalhadores a fazer horas extraordinárias é menor. No entanto, dos 85 milhares de trabalhadores do setor, 8,6% fez horas extra. Já na indústria, construção, energia e água, a percentagem de trabalhadores por

conta de outrem a fazer horas extra foi de 15%. Nos serviços, o INE refere que, em 2017, 14,5% dos trabalhadores deste setor fizeram horas extra. Em média, falamos de 9 horas semanais, neste caso.

Dentro das profissões que mais se destacam por casos de burnout estão, por exemplo, enfermeiros, polícias, bombeiros, professores e médicos, ainda que, na verdade, o burnout já se tenha generalizado.

Com ou sem horas extraordinárias, é preciso recordar que, de acordo com os dados da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 50% dos trabalhadores considera o stress algo comum no trabalho, sendo que cerca de 60% é a percentagem de dias de trabalho perdidos devido ao stresse associado à atividade profissional. De acordo com vários especialistas, o excesso de trabalho, as exigências contraditórias, uma má gestão de mudanças organizacionais, falta de apoio da parte de chefias ou até colegas e assédio também fazem parte dos fatores que pesam na incidência deste problema, que afeta cada vez mais trabalhadores, profissões e empresas.

HÁ QUEM ASSOCIE O BURNOUT AO EXCESSO DE TRABALHO E DE CARGA HORÁRIA E, EM PORTUGAL, MUITOS FAZEM HORAS EXTRA

BURNOUT OU DEPRESSÃO

O termo chamou muito a atenção de todos depois de Eduardo Barroso dizer que o presidente do Sporting, Bruno de Carvalho, tinha entrado num estado de burnout. Mas qual é a linha que separa este estado da depressão? De acordo com o Centro para a Informação Biotecnológica norte-americano, os sintomas de alguém com esta síndrome são exaustão, alienação de atividades associadas à vida profissional e diminuição do nível de desempenho. Todos podem ser incluídos num diagnóstico de depressão. Mas são dois problemas diferentes. A maioria dos problemas que dão origem do burnout estão relacionados com a vida profissional. No caso da depressão, os pensamentos negativos e a exaustão não estão apenas ligadas ao trabalho, mas também a outras áreas da vida pessoal.

Ainda assim, é preciso ter em conta que, “as pessoas que sofrem de burnout não têm necessariamente de ter uma depressão, mas este problema pode aumentar o risco de a desenvolver”, explica o Centro para a Informação Biotecnológica.

Recorde-se que o burnout custa já 329 milhões de euros por ano às empresas. Horta Osório decidiu dar a cara pelo problema num artigo de opinião e o tema voltou a chamar a atenção. Com o tema na agenda mediática, o bastonário da Ordem dos Psicólogos, Francisco Miranda Rodrigues, quantificou o impacto do burnout: “A perda de produtividade gerada pelo absentismo causado por problemas de saúde psicológica pode custar às pequenas e médias empresas (PME) cerca de 212 milhões por ano e às grandes empresas 117 milhões”.

OUTROS NÚMEROS QUE PREOCUPAM

SAÚDE MENTAL - O Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental estima que “em Portugal dois em cada dez trabalhadores sofram de problemas de saúde psicológica e que faltem ao trabalho 1,3 dias por ano devido a estes problemas”. Já de acordo com a Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Trabalho pode dizer-se que o stress laboral afeta mais de 40 milhões de trabalhadores em toda a União Europeia.

CENÁRIO PIORA - Em abril, o Retrato da Saúde mostrava que os casos de depressão, perturbações de ansiedade e demência aumentaram muito no decorrer do ano passado entre os inscritos nos centros de saúde. De acordo com esta análise, o valor não era tão elevado há pelo menos sete anos. O Ministério da Saúde diz que o número de portugueses (inscritos nos centros) com depressões passou dos 6,85% para os 9,8%, entre 2011 e 2017. Nas perturbações de ansiedade, a percentagem quase duplicou (dos 3,51% para os 6,51%). A demência também aumentou. Falamos de quase 1% da população inscrita nos centros de saúde.

MAIS MEDICAMENTOS - “Os resultados do estudo sobre a prevalência de doenças mentais na população adulta portuguesa sugerem que somos o país da Europa com a maior prevalência de doenças mentais”, diz o Retrato da Saúde e é também reflexo disso o facto de termos assistido igualmente ao crescimento do consumo de medicamentos como benzodiazepinas e antidepressivos, ou seja, medicamentos para tratamento da insónia, ansiedade e depressão.

DOENÇAS MENTAIS. QUANDO O CÉREBRO DOS GÉNIOS ENTRA EM CURTO-CIRCUITO

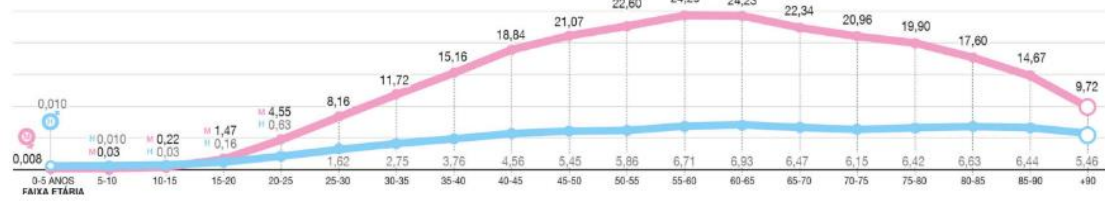
É comum a genialidade e os demónios andarem de mãos dadas. Alguns dos grandes músicos, artistas e escritores que conquistaram o direito à imortalidade foram atormentados em vida por doenças mentais graves e dolorosas. Nem todos conseguiram superá-las

TEXTO | José Cabrita Saraiva

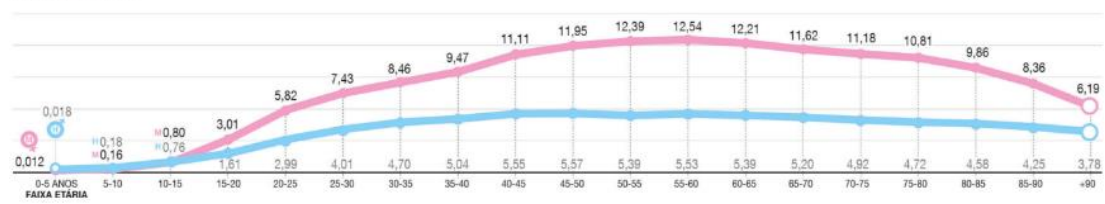
TEXTO | Marta F. Reis

MULHERES VERSUS HOMENS - EVOLUÇÃO DAS DOENÇAS POR FAIXA ETÁRIA (em %)

DEPRESSÃO



ANSIEDADE



In "Jornal I"