

Novas perspectivas no tratamento da depressão

Sob a organização da Associação Raia Psiquiátrica, a vila algarvia do Carvoeiro acolheu mais uma reflexão sobre a actual problemática em Psiquiatria e Saúde Mental. As 17.as Jornadas de Saúde Mental do Algarve constituíram o mote para um vasto conjunto de profissionais discutirem saberes e competências entre pares e contando com a presença de figuras nacionais e internacionais, de reconhecido mérito, na área da Saúde Mental. A busca dos pontos cardeais que tornem estes profissionais mais capazes na contínua busca do bem-estar e do encontro com o ser profissional, com aqueles e aquelas que os buscam por vezes com uma Perdida Mente foi um dos propósitos desta realização, intitulada "PerdidaMente".

Dependências participou no evento e, no final, entrevistou Javier de Diego-Adeliño, autor da comunicação Novas Perspectivas no Tratamento da Depressão: - da remissão dos sintomas à recuperação funcional dos doentes com depressão Javier De Diego-Adeliño



Todos sabemos que a depressão representa um grave problema e uma doença severa para a qual não estarão apontadas as devidas atenções... Quem faz, actualmente, o diagnóstico sobre a depressão?

Javier de Diego-Adeliño (JDA) – Antes de mais, há que ter em conta que um grande número de casos é atendido nos cuidados primários, antes de chegar aos especialistas. Por isso, é cada vez mais importante sensibilizar os médicos dos cuidados primários e formá-los adequadamente, porque serão estes que constituirão a porta de entrada dos doentes com depressão. Em Portugal, como em qualquer parte do mundo, os médicos afectos aos cuidados de saúde primários, têm pouco tempo para se encarregarem de tantas coisas e, se tivermos em consideração o facto de a depressão surgir muitas vezes de forma mascarada, apresentando-se sob a forma de queixas de dor, sintomas cognitivos e outros problemas muito distintos, isto exige muita disponibilidade por parte do médi-

co de família. E só quando é possível realizar uma boa entrevista, em que o paciente comunica os demais sintomas, é possível chegar a um diagnóstico mais assertivo. Em meu entender, este é o motivo que justifica uma percentagem tão alta de depressões que não são diagnosticadas e, como tal, sem tratamento. Creio que, neste aspecto, também é muito importante o papel da enfermagem, que assume cada vez mais volume de actividade nos cuidados de saúde primários, pois controlam determinados indicadores e produzem conselhos de saúde em geral. Muitas vezes, é mesmo o enfermeiro que faz um bom despiste e alerta o médico sobre a possível presença de clínica depressiva. Como tal, um trabalho conjunto a este nível é extremamente importante. Algo que nos tem vindo ainda a preocupar, sobretudo devido ao tema do suicídio, é a necessidade de formarmos outros profissionais que têm a possibilidade de intervir, nomeadamente bombeiros, polícias, professores, religiosos, que por vezes são confrontados com pedidos de ajuda por parte de pessoas desesperadas. É muito importante que esta população esteja formada para que se assumam também como uma porta de entrada para a saúde mental. Pretendemos que toda a sociedade esteja sensibilizada para poder identificar a depressão e não banalize determinados sinais, como muitas vezes sucede relativamente à tristeza.

Em que medida poderão determinados sintomas gerar alguma confusão, como o caso que acaba de apontar, o da tristeza, e depois resultar num mau diagnóstico?

JDA – Existe efectivamente um risco, que poderá ser de sobrediagnóstico ou de infra-diagnóstico. Muitas vezes, a pessoa teve uma tarde má ou se sentiu mal durante dois dias devido a um problema e diz sentir-se deprimida. Na verdade, um problema pode desencadear esse quadro emocional reactivo mas a pessoa, ao fim de algum tempo, deverá reagir e encontrar algo positivo e aproveitar o apoio ao seu redor. Quando isso não se verifica, por muito que exista um problema precedente, como o caso típico da morte de um familiar, se sintomas como o isolamento, sofrimento ou a falta de produtividade se estenderem durante demasiadas semanas, aí já poderemos estar perante uma depressão. Tudo depende da intensidade e do tempo...

Em que medida um sintoma como a perda de interesse pelas mais comuns actividades da vida diária geradoras de prazer deverá ser o primeiro a preocupar os profissionais da saúde?

JDA – Como afirmava, a tristeza é uma emoção normal mas quando é desproporcionada e acompanhada por todo um conjunto de sintomas como o desinteresse, pensamentos com conteúdos negativos e pessimistas, reflexões sobre o passado com ideias de culpa e sobre o presente e o futuro com uma perspectiva escura, quando pensamos mais lentamente e nos custa render...

Depressão é muito mais do que tristeza. Diria mesmo que existem alguns subgrupos de pacientes em que a tristeza não é tão óbvia, não a expressam claramente. O adolescente, por exemplo, pode tornar-se mais irritável, assim como o idoso poderá ficar mais nervoso e não se constata tanto a tristeza mas coabita todo aquele conjunto de sintomas que enumerei.

Falava no problema do suicídio... Pensar em suicídio é, na verdade, um sintoma depressivo?

JDA – Possivelmente, quase todos os humanos, em alguma altura da vida, terão um momento em que produzirão alguma reflexão em torno da vida, do final da vida, inclusivamente algum momento explosivo em que não deseja viver porque está em sofrimento intenso. Esta poderá ser uma reacção humana natural e, biologicamente, estamos programados para que a mesma se apague rapidamente na nossa mente. Quando essa ideia persiste, se torna intensa e nos leva a chegar à conclusão de que não existe nada a fazer e apenas resta a morte, estaremos possivelmente perante uma patologia. Nem sempre será uma depressão mas, em 70 por cento dos casos, haverá por trás desta ideia uma depressão. Pode existir também um transtorno provocado pelo álcool ou as duas coisas em simultâneo, pode existir uma esquizofrenia, um transtorno de personalidade... todo um conjunto de patologias que também levam a isso. Na grande maioria corresponderá a uma perturbação de saúde mental.

Existe a ideia de que a depressão é algo que afecta essencialmente adultos mas, actualmente, constata-se que afecta muitos jovens... Existirá alguma explicação para este fenómeno?

JDA – Desde logo, penso que se estará a detectar melhor a depressão e, se é certo que a depressão era uma doença da idade média do paciente, é possível que as mudanças sociais alterem a expressão da depressão. O mais preocupante é o facto de a incidência do suicídio na juventude estar a aumentar de forma significativa, possivelmente porque está a aumentar a incidência da depressão mal diagnosticada e mal tratada. Existe uma percepção errada de que os antidepressivos são perigosos na infância e na adolescência... Evidentemente, tem que haver muito respeito quando se trata uma criança ou adolescente com qualquer tipo de doença mas não tratar uma depressão real diagnosticada numa criança ou num adolescente colocam-no perante um grande risco relativamente ao suicídio.

Por onde deverá passar a prevenção do suicídio?

JDA – A OMS considera quatro estratégias para a prevenção do suicídio. A primeira consiste na limitação do acesso a meios letais. Este tipo de medidas poderá funcionar nalguns casos e durante algum tempo mas o paciente que está doente e pretende suicidar-se, se não o conseguir através de um método, encontrará outro. Como tal, é uma medida mas não suficiente. Outras duas medidas são muito importantes e têm a ver com diagnosticar e aumentar o acesso dos pacientes aos serviços de saúde. Que haja um suporte social porque os problemas sociais agravam o stress e a incidência de transtornos mentais. E também se considera a abordagem do suicídio por parte dos meios de comunicação. Muitas vezes, ou não se fala, por ser um tema tabu, ou se fala de forma muito sensacionalista e totalmente desapropriada. Um bom tratamento do suicídio por parte



dos meios de comunicação social permitirá que a população o considere uma doença e que esteja alerta e que o próprio paciente sinta que pode pedir ajuda.

Na sua comunicação também versou sobre uma certa desmotivação do médico para tratar o doente e, em simultâneo da desmotivação do paciente para o tratamento...

JDA – Evidentemente, o doente não tem culpa da sua doença... Temos que ter em conta que a depressão mina a motivação e destrói a esperança e é natural que muitos pacientes não tenham motivação para a mudança. Por vezes, nem reconhecem que estão doentes e consideram que eles próprios têm culpa de tudo, que não vale a pena porque nada irá mudar... Se, além disso, nós, médicos, não dedicarmos tempo para o que é realmente importante para o paciente, se não formos empáticos, se não o ouvirmos, se nos limitarmos a prescrever um medicamento, certamente não o motivaremos. Não é apenas importante o que damos como tratamento mas igualmente como o damos. É importante transmitir uma mensagem de esperança, de segurança, transmitindo que se trata de uma doença mas que existem possibilidades de tratamento eficazes e adequados ao seu caso particular.

Como entra aqui o papel da família e dos afectos perante um doente depressivo?

JDA – Realmente, a família pode ser um contexto chave. É fundamental que o paciente tenha um ambiente saudável, não problemático, que compreenda que a irritabilidade e algum desleixo são devidos à doença e não à atitude do paciente. O comportamento e o papel da família é efectivamente um factor chave e é muito importante que mantenha a motivação e esperança até que o tratamento surta efeitos.





BRINTELLIX VORTIOXETINA, UMA NOVA ESPERANÇA NO TRATAMENTO

Que importância representa o fármaco que apresentou, a vortioxetina, para o tratamento da doença e a manutenção de melhores condições de vida do paciente?

JDA – É importante que os médicos tenham mais “armas” para tratar os doentes com depressão... Temos bons antidepressivos, que produzem mudanças significativas na doença mas também sabemos que, com o primeiro antidepressivo que adoptemos, haverá 60 por cento que não conseguirão uma recuperação absoluta, uma remissão completa. Quer isto dizer que, com um primeiro tratamento, apenas 40 por cento conseguirá essa recuperação completa. Muitas vezes, requiere-se mais tempo, mais alterações e o facto de termos mais “armas” é uma excelente notícia. Precisamos de aumentar esse grupo de doentes com depressão que recuperem plenamente e que não abandonem o tratamento. A vortioxetina vem em bom momento pois tem um perfil interessante, com propriedades distintas dos antidepressivos tradicionais. Os dados clínicos mostram que, não só restaura o humor deprimido, como recupera algumas das funções cognitivas diminuídas na depressão. Este aspecto é muito importante pois os doentes podem rapidamente recuperar o funcionamento a nível laboral, nas relações sociais e familiares e voltarem a ter prazer nas actividades recreativas e hobbies. A eficácia foi garantida por um vasto programa de investigação clínica, inclusivamente com o uso de referências activas como a venlafaxina, a agomelatina e a duloxetine. A vortioxetina actua por uma mecanismo de acção multimodal, que lhe confere um perfil de tolerância muito interessante, pois apresenta menos incidência de alterações de peso ou de disfunção sexual, um dos maiores motivos de abandono do tratamento. Como tal, pode ser

uma solução alternativa importante para ajudarmos os doentes que sofrem de depressão.

A depressão é uma doença curável?

JDA – Houve uma evolução do conceito de depressão. Os eminentes psiquiatras, do início do século passado, viam a depressão como uma doença crónica, devastadora, com recorrências, numa altura em que praticamente não existiam tratamentos. O que existia era a terapia electro compulsiva para os pacientes mais graves e pouco mais. Nos anos 50, começou a revolução da psicofarmacologia e passou a conceber-se a depressão como uma doença facilmente curável. Porém, como em tudo, as coisas vão-se tornando cada vez mais claras e diria que temos hoje uma mistura das duas perspectivas. Diria que temos fármacos que podem fazer muito pelos doentes mas continuamos a ter subgrupos de doentes com depressão resistente, que requerem combinações de vários medicamentos. Para estes doentes mais complexos, temos que procurar alternativas aos próprios fármacos, com estratégias mais invasivas.

Será esta uma resposta farmacológica capaz de devolver esperança às famílias e aos pacientes?

JDA – Mais do que nunca, temos hoje que adoptar um modelo de medicina muito individualizado e a depressão é um claro exemplo dessa necessidade. Ainda não existe uma solução mágica para todos mas, sem dúvida, dispomos da vortioxetina, um novo antidepressivo que faz algo diferente do que tínhamos anteriormente, irá constituir uma grande mais-valia. E sim, a mensagem que temos para as famílias e pacientes é que não percam a esperança porque, mais tarde ou mais cedo, encontramos a forma de melhorar a depressão, incluindo os casos mais graves e complicados.

