

DEPRESSÃO E OUTRAS

PERTURBAÇÕES MENTAIS COMUNS

ENQUADRAMENTO GLOBAL E NACIONAL E REFERÊNCIA DE
RECURSO EM CASOS EMERGENTES¹



Depressão e outras perturbações mentais comuns: enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes¹

Álvaro Carvalho²

I. ENQUADRAMENTO TEMÁTICO E DADOS EPIDEMIOLÓGICOS MUNDIAIS³

Para a OMS (2017⁴), o total de pessoas com depressão a nível mundial foi estimado, em 2015, em mais de 300 milhões registando-se um número quase igual sofrendo de algum tipo de perturbação de ansiedade. Uma vez que muitas pessoas experimentam, simultaneamente, ambas as condições (comorbilidade), não é apropriado somar esses dois valores para chegar a um total de perturbações (ou distúrbios) mentais comuns.

As consequências das perturbações mentais comuns em termos de perda de saúde são enormes:

- a **depressão** é classificada pela OMS como o maior contribuinte da incapacidade para a atividade produtiva, registando, em 2015, 7,5% de todos os anos vividos com incapacidade, ou DALY's no acrónimo anglo-saxónico);
- as **perturbações de ansiedade** estão em 6º lugar, com 3,4% dos DALY;
- a depressão também é a entidade que mais contribui para as mortes por **suicídio**, que chegam a quase 800 mil por ano.

¹ A 1ª parte deste artigo tem como referência o relatório da OMS aludido em nota-de-rodapé 3, do qual se transcreveu, traduzidas, as caixas “Perguntas frequentes” e “Definições”. Por no mesmo os dados epidemiológicos sobre Portugal terem sido calculados de forma indireta, não tendo por base o 1º Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (2013), apresentam valores de prevalência muito díspares dos deste Estudo, motivo pelo qual a 2ª parte deste artigo tem como fonte privilegiada o “Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental. 1º Relatório” (2013), da NOVA Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas, coordenado pelos Professores Doutores José Miguel Caldas de Almeida e Miguel Xavier. O Estudo é parte da *World Mental Health Surveys Initiative* (WMHSI), coordenada por Ronald Kessler (*Harvard Medical School*), realizado pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, com a colaboração do CESOP (Universidade Católica Portuguesa) no desenvolvimento do trabalho de campo.

² Psiquiatra, Diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental da DGS.

³ Podem encontrar-se informações complementares através de outros produtos desenvolvidos pela OMS bem como sobre a resposta apropriada a nível da saúde pública às perturbações mentais em análise, incluindo o seu tratamento e prevenção, em: <http://www.who.int/topics/depression> e http://www.who.int/mental_health/mhgap

⁴ *Depression and other Common Mental Disorders. Global Health Estimates*. WHO, 2017. Acedido em 20/03/2017 através de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?utm_source=WHO+List&utm_campaign=d538ec500c-EMAIL_CAMPAIGN_2016_12_14&utm_medium=email&utm_term=0_823e9e35c1-d538ec500c-EMAIL_CAMPAIGN_2016_12_14&utm_medium=email&utm_term=0_823e9e35c1-d538ec500c-260570285

Perguntas frequentes

1. Quais são as perturbações mentais comuns? O que é a depressão?

A designação “perturbações mentais comuns” refere-se a duas categorias principais de diagnóstico: *perturbações depressivas e perturbações de ansiedade*. São altamente prevalentes na população (daí o serem consideradas “comuns”) e com impacto sobre o humor ou os sentimentos das pessoas afetadas; os sintomas variam quanto à gravidade (de ligeiros a graves) e duração (de meses a anos). Essas perturbações são condições de saúde diagnosticáveis e distintas de sentimentos de tristeza, tensão ou medo que qualquer pessoa pode experimentar de vez em quando ao longo da vida.

2. Quantas pessoas são afetadas pela depressão?

A nível global, estima-se que mais de 300 milhões, equivalentes a 4,4% da população mundial.

3. O número de pessoas com perturbações mentais comuns está a aumentar?

Está a aumentar, particularmente em países de baixo rendimento, porque a população está crescendo e mais pessoas estão vivendo até a idade em que a depressão e a ansiedade ocorrem com maior frequência.

4. Quem é mais provável ficar deprimido?

Embora a depressão possa afetar *pessoas de todas as idades e de todos os estratos sociais*, o *risco* de se tornar deprimida *umenta com a pobreza, desemprego, acontecimentos de vida* (como a morte de um ente querido ou uma rutura de relacionamento), *doenças físicas e problemas causadas pelo uso de álcool e drogas*.

Continuando a transcrever o recente documento da OMS, acima referenciado, elaborado para apoio à escolha de “Depressão. Vamos falar!” para lema do Dia Mundial da Saúde de 2017, consideremos os conceitos básicos em presença.

Definições

As ***perturbações depressivas*** são caracterizadas por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou de autoestima baixa, perturbações do sono ou do apetite, sensação de cansaço e baixo nível de concentração. A depressão pode ser duradoura ou recorrente, prejudicando substancialmente a capacidade de uma pessoa funcionar no trabalho ou na escola ou lidar com a vida diária. Na sua forma mais grave, a depressão pode levar ao suicídio.

As perturbações depressivas incluem duas subcategorias principais:

- a) perturbação depressiva major/ episódio depressivo, que envolve sintomas como humor deprimido, perda de interesse e do prazer e diminuição da energia; dependendo do número e gravidade dos sintomas, um episódio depressivo pode ser categorizado como ligeiro, moderado ou grave;
- b) a distímia, uma forma persistente ou crónica de depressão ligeira; os seus sintomas são semelhantes aos do episódio depressivo, mas tendem a ser menos intensos e durar mais tempo.

Uma outra distinção importante diz respeito à depressão em pessoas com ou sem história de episódios maníacos ou de expansão ou elação do humor. A perturbação afetiva bipolar consiste tipicamente em episódios maníacos e depressivos separados por períodos de humor normal. Os episódios maníacos envolvem humor elevado e aumento de energia, resultando em excesso de atividade, pressão da fala/discurso e diminuição da necessidade de sono. O distúrbio afetivo bipolar não está incluído nos dados abaixo.

As ***perturbações de ansiedade*** referem-se a um grupo de distúrbios mentais caracterizados por sentimentos de ansiedade e medo, incluindo perturbação de ansiedade generalizada (PAG), perturbação de pânico, perturbações fóbicas, incluindo a fobia social, perturbação obsessiva-compulsiva (POC) e perturbação de stress pós-traumático (PSPT). Tal como na depressão, os sintomas podem variar de ligeiros a graves. A duração dos sintomas tipicamente experimentados por pessoas com perturbações de ansiedade torna-a mais uma doença crónica do que episódica.

DADOS DE PREVALÊNCIA

A ***depressão***, em termos mundiais, é mais prevalente no feminino (5,1%) do que no masculino (3,6%) e variável entre as Regiões da OMS, mas não só:

- As taxas de prevalência variam de acordo com a idade, atingindo o pico na idade adulta mais avançada (acima de 7,5% entre as mulheres com 55-74 anos e acima de 5,5% entre os homens). A depressão também ocorre em crianças e adolescentes com idade inferior a 15 anos, mas num nível mais baixo do que nos grupos etários mais velhos e com formas de apresentação indiretas (alterações do comportamento, do sono ou do apetite; dificuldade de concentração);

- O número total estimado de pessoas vivendo com depressão aumentou 18,4% entre 2005 e 2015, refletindo o crescimento geral da população global, bem como um aumento proporcional nos grupos etários em que a depressão é mais prevalente.

A proporção da população global com **perturbações de ansiedade** em 2015 foi estimada em 3,6%. Tal como acontece com a depressão, são mais comuns entre as mulheres (4,6% em comparação com 2,6% nos homens, a nível global).

As taxas de prevalência não variam substancialmente entre os grupos etários, embora haja uma tendência observável para uma menor prevalência entre as pessoas mais idosas.

O número total estimado de pessoas que vivem com distúrbios de ansiedade no mundo é de 264 milhões. Este total para 2015 representa um aumento de 14,9% desde 2005, em resultado do crescimento da população e do envelhecimento.

As **perturbações mentais comuns** referem-se à série de perturbações de ansiedade e depressivas. Mundialmente, estima-se que 4,4% da população sofre de perturbação depressiva e 3,6% de perturbação de ansiedade. Uma vez que muitas pessoas experimentam ambas as condições simultaneamente (comorbilidade), é inadequado, como já referido, adicionar simplesmente essas duas taxas para chegar ao total de perturbações mentais comuns.

Dentro dessas estimativas globais de prevalência, há uma faixa de gravidade, com pelo menos 1/3 dos casos sintomáticos, com curso moderado-grave.

PERDAS DE SAÚDE/PESO DA DOENÇA

As perturbações mentais comuns levam a perdas consideráveis em saúde e no funcionamento pessoal. Estas perdas podem ser quantificadas ao nível da população, multiplicando a prevalência destas perturbações pelo nível médio de incapacidade associado, dando estimativas dos **Anos Vividos com Incapacidade (YLD)**. Os resultados globais e os resultados regionais de YLD da OMS resultam das estimativas mundiais de saúde da OMS para cada ano.

Os YLDs são adicionados aos **Anos de Vida Perdidos (YLL)** para calcular os **Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (DALY)**, que são a métrica-chave usada para avaliar o **Peso Global da Doença (GBD)**. No caso da depressão e das perturbações de ansiedade, nenhum YLL é atribuído diretamente a essas perturbações nas análises de GBD, pelo que as estimativas de YLD também representam os DALYs totais estimados para estas condições. A depressão, contudo, é um contribuinte principal no **suicídio** (categorizado em análises de GBD como lesões autoprovocadas intencionalmente).

As **perturbações depressivas** são responsáveis por um total global de mais de 50 milhões de anos de vida com incapacidade (YLD) em 2015. Mais de 80% desta carga de doença não fatal ocorreu em países de baixo e médio rendimento. As taxas variam de acordo com as Regiões da OMS, passando de 640 YLD por 100.000 habitantes na Região do Pacífico Ocidental a mais de 850 YLD em países de baixo e médio rendimento da Região Europeia. Globalmente, as perturbações depressivas são classificadas como o maior contribuinte para a perda de saúde não fatal (7,5% de todos os YLD).

As **perturbações de ansiedade** levaram a um total global de 24,6 milhões de YLD em 2015. Também aqui as taxas variam entre as regiões da OMS. As estimativas são mais baixas para as perturbações de ansiedade em comparação com a depressão, por estarem associadas a um menor nível médio de incapacidade: são classificadas como o sexto maior contribuinte global para a perda de saúde não fatal, aparecendo nas 10 principais causas de YLD em todas as regiões da OMS.

SUICÍDIO

As Estimativas Globais de Saúde da OMS fornecem uma avaliação abrangente da mortalidade por doenças e lesões em todas as regiões do mundo. No ano de 2015, estima-se que 788.000 pessoas morreram devido a suicídio; muitas mais tentaram (mas não concretizaram)⁵ suicídio. O suicídio foi responsável por cerca de 1,5% de todas as mortes em todo o mundo, colocando-o entre as 20 principais causas de morte em 2015. Ocorre ao longo da vida e foi a segunda principal causa de morte entre os 15-29 anos de idade, globalmente, em 2015.

A taxa de suicídio varia de acordo com a Região da OMS e o sexo, de menos de 5 por 100.000 habitantes entre mulheres de países de baixo e médio rendimento do Mediterrâneo Oriental e das Regiões Americanas, a 20 ou mais entre os homens de países de alto rendimento bem como nos de países de rendimento médio e baixo de África, Regiões da Europa e do Sudeste Asiático. Em 2015, 78% dos suicídios ocorreram em países de baixo e médio rendimento.

Mais dados estão disponíveis no seguinte sítio da internet: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en

II- AS PERTURBAÇÕES MENTAIS COMUNS EM PORTUGAL

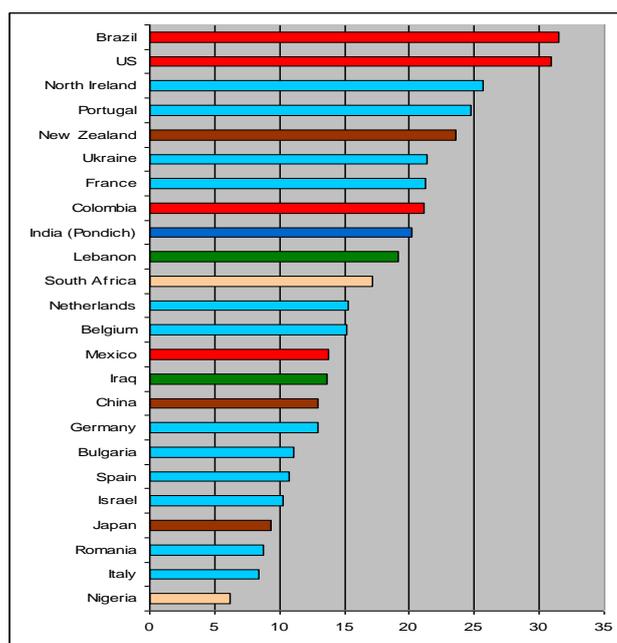
Com a publicação, em 2013, do 1º Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (1º EENSM)⁶, integrado no *World Mental Health Survey Initiative*, da OMS e da *Harvard University*, Portugal passou a ter referências quantitativas, sobretudo das perturbações mentais comuns, uma vez que a sensibilidade da avaliação não permitiu quantificar as taxas para as entidades clínicas com prevalências médias anuais internacionais inferiores a 1% ao ano, como é o caso das perturbações esquizofreniformes e das perturbações delirantes. Como tem sido divulgado, o resultado final (22,9% de prevalência anual e 42,7% de prevalência de vida) é preocupante, pois:

- Dos 34 países que integraram o Survey da OMS, Portugal teve a 4ª mais elevada taxa de prevalência anual (figura 1);
- Os nossos vizinhos geográficos e culturais, Espanha e Itália, registaram respetivamente 9,2% e 8,2% (idem);

Figura 1 – Seriação das taxas de prevalência de 12 meses dos países que integraram o *World Mental Health Survey Initiative*, da OMS e da *Harvard University* (2013)

⁵ Investigações internacionais e nacionais referenciam 20 a 30 tentativas por cada suicídio consumado (Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017, Direção-Geral da Saúde/Programa Nacional para a Saúde Mental, Lisboa. Acedido em 20/03/2017 por: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017-pdf.aspx>

⁶ Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental. 1º Relatório, 2013. NOVA Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas. Acedido em 20/03/2017 por: http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf



- Do conjunto de 9 países da Região Europeia da OMS que integraram este Survey, Portugal teve as prevalências anuais mais elevadas de perturbações de ansiedade (16,5%) e de controlo dos impulsos (3,5%) (Quadro 1);

Quadro 1. Comparação da prevalência anual das perturbações psiquiátricas nos adultos (exceto perturbações psicóticas esquizofrénicas e delirantes), em Portugal, alguns outros países da Europa e nos EUA (2013)

PAÍS	PERT. ANSIEDADE	PERT. DEPRESSIVAS	PERT. IMPULSIVIDADE	PERT. ÁLCOOL	TODAS
PORTUGAL	16,5	7,9	3,5	1,6	22,9
IRLANDA NORTE	14,6	9,6	3,4	3,5	23,1
BÉLGICA	6,9	6,2	1,0	1,2	12,0
FRANÇA	12,0	8,5	1,4	0,7	18,4
ALEMANHA	6,2	3,6	0,3	1,1	9,1
ITÁLIA	5,8	3,8	0,3	0,1	8,2
HOLANDA	8,8	6,9	1,3	3,0	14,9
ESPANHA	5,9	4,9	0,5	0,3	9,2
UCRÂNIA	7,1	9,1	3,2	6,4	20,5
EUA	18,2	9,6	6,8	3,8	26,4

Fonte – Portugal: Saúde Mental em números – 2014. DGS/PNSM⁷

- O intervalo que, em Portugal, medeia entre o início dos sintomas e o tratamento médico (*treatment gap*) é particularmente preocupante para as perturbações

⁷ Acedido a 20/03/2017 por

https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0ahUKEwj794PBLEzSAhWLRQKH90Ch0QFggeMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Festatisticas-de-saude%2Festatisticas-de-saude%2Fpublicacoes%2Fportugal-saude-mental-em-numeros-2014-pdf.aspx&usq=AFQjCNF24BkeXw1Rr_xhijAJdljgbOR8lw&sig2=pFc1Cu6lxinAk8zjPn5wkQ&bvm=bv.150475504,d.d2s

depressivas, em particular as mais graves (depressão *major*), uma vez que só 37,4% das pessoas atingidas acede a cuidados clínicos no 1º ano (Quadro 2);

Quadro 2 – Intervalo sintoma/início de tratamento (*Treatment gap*) de acordo com o 1º EENSM

NOSOLOGIA	INTERVALO SINTOMAS/ TRATAMENTO (anos)	MÉDICO NO 1º ANO %
PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS	5 (média do grupo)	35,3 (média do grupo)
Depressão major	4	37,4
Bipolares	6	27,1
Distímias	3	37,5
PERTURBAÇÕES ANSIOSAS	23 (média do grupo)	12,7 (média do grupo)
Fobias sociais	18	7,5
Ansiedade generalizada	3	34,3
Pânico	2	45,8
ÁLCOOL	29 (média do grupo)	2,1 (média do grupo)
Abuso	29	3
Abuso/Dependência	21	4,3

Fonte – Portugal: Saúde Mental em números-2014. DGS/PNSM⁸

- Por outro lado, no que ao tratamento diz respeito, das pessoas que têm diagnóstico de perturbação do humor (grupo em que as depressivas preponderam) indicam tomarem mais tranquilizantes (medicação meramente sintomática) do que antidepressivos (Quadro 3).

Quadro 3: Uso de psicofármacos nos últimos 12 meses

	Mulheres	Homens
População geral	(n=2217)	(n=1632)
Antidepressivos	13,2	3,9
Antipsicóticos	3,0	1,7
Benzodiazepinas	24,3	9,8
Estabilizadores do humor	0,7	0,5
Entrevistados com qualquer perturbação do HUMOR	(n=255)	(n=71)
Antidepressivos	38,2	24,5
Antipsicóticos	9,0	6,4
Benzodiazepinas	50,0	31,8
Estabilizadores do humor	4,1	0,9
Entrevistados com qualquer perturbação de ANSIEDADE	(n=439)	(n=136)
Antidepressivos	22,4	11,8
Antipsicóticos	6,3	5,9

⁸ Ver nota-de-rodapé 7

Benzodiazepinas	33,1	24,7
Estabilizadores do humor	1,2	1,0

Fonte: Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental. 1º Relatório, 2013, http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf.
Composição Programa Nacional para a S. Mental/DGS. Lisboa

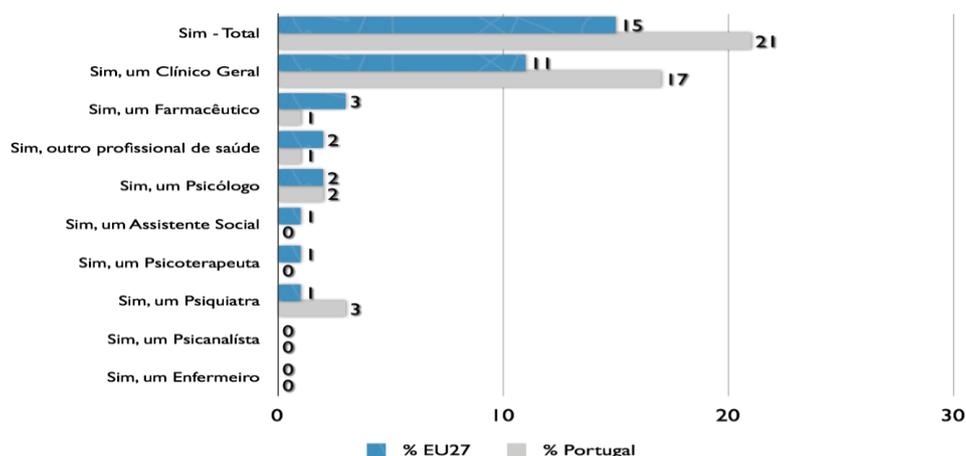
É bem evidente que a escolha maioritária dos Portugueses que recorrem a profissionais de saúde por problemas emocionais, recai nos Clínicos Gerais/Medicina Geral e Familiar, como o evidenciam quer o 1º EENSM (Quadro 4) quer na avaliação do EUROBARÓMETRO n.º 345, de 2010, sobre saúde mental (figura 3).

Quadro 4 - Percentagem de mulheres e homens que utilizam os Serviços, Portugal no 1º EENSM

	MULHERES (N=2217)	HOMENS (N=1632)
Utilização ao longo da vida	48,8 (média do grupo)	27,6 (média do grupo)
Psiquiatra	19,1	10,9
Outro Profissional de Saúde Mental	12,6	8,1
Clínico Geral	31,7	14,9
Outro Médico	6,2	2,9
Não Convencional	2,6	1,9
Conselheiro Religioso/ Espiritual	2,4	1,0
Utilização nos últimos 12 meses	18,8 (média do grupo)	8,4 (média do grupo)
Psiquiatra	6,3	3,1
Outro Profissional de Saúde Mental	3,8	1,5
Clínico Geral	11,7	4,5
Outro Médico	2,2	1,2
Não Convencional	1,0	0,4
Conselheiro Religioso/ Espiritual	0,8	0,3

Fonte: Portugal: Saúde Mental em números – 2014, DGS (2015), acedível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2014-pdf.aspx>

Figura 3 - Nos últimos 12 meses procurou ajuda de um profissional devido a um problema psicológico ou emocional? Se sim, indique qual da lista apresentada



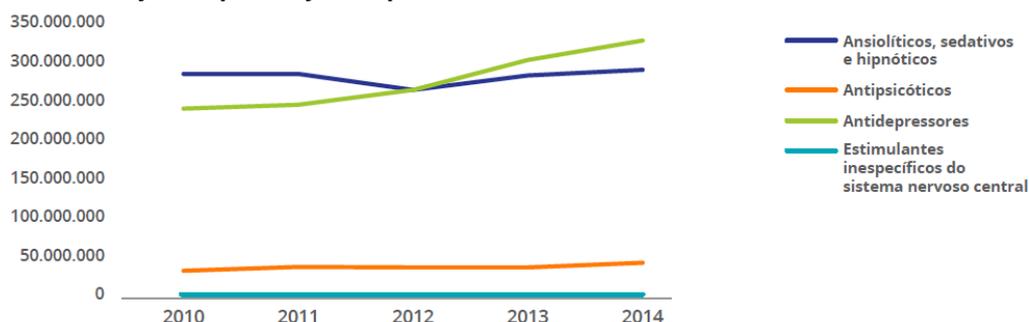
Fonte: Special Eurobarometer 345. Mental Health. EU, DG SANCO; TNS Opinion & Social, Belgium, 2010. Acedido em 20/03/2017 por:

http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_345_en.pdf

Aprofundando a abordagem terapêutica, a rarefação de Psicólogos Clínicos, quer nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) quer nos Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM), inviabiliza, em muitos casos, a abordagem recomendada em primeira linha nas normas de orientação clínica para as pessoas com perturbações mentais comuns – a **psicoterapia**. E com outra limitação – nem todos os Psicólogos em causa terão formação específica para essas intervenções.

Por este motivo e pela pressão na produção (atos clínicos), não é de admirar que Portugal se mantenha, há anos, o país da Europa com maior consumo de benzodiazepinas, o grupo farmacológico dos ansiolíticos ou tranquilizantes mais prescritos no SNS, enquanto os seus parceiros registaram uma redução desse grupo à medida que o da utilização dos antidepressivos foi aumentando, nomeadamente nas perturbações de ansiedade e de acordo com as referidas normas de boas práticas médicas (figura 4).

Figura 4 – Evolução da prescrição de psicofármacos no SNS



Fonte - Portugal: Saúde Mental em números - 2015, DGS (2016), acedido em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2015-pdf.aspx>

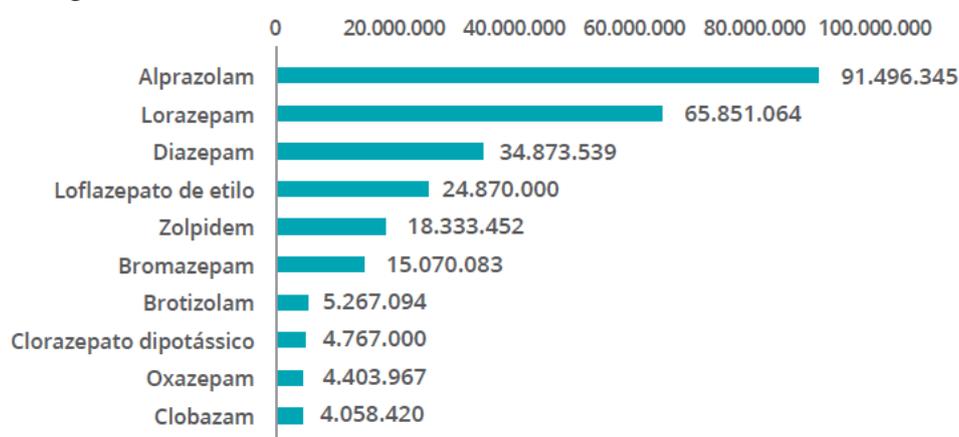
Esta realidade é particularmente preocupante por:

- Os ansiolíticos serem fármacos meramente sintomáticos, pelo que ao anularem ou pelo menos reduzirem os sintomas de ansiedade darem a presunção de que o problema de base está resolvido;
- Como existe grande simultaneidade (comorbilidade) entre a depressão e a ansiedade, os sintomas sensíveis aos tranquilizantes (ansiedade, tensão muscular, insónia) ao ficarem atenuados podem tornar a depressão mais evidente, logo o

sofrimento mental, motivando o aumento de dose, que quando muito mantem os sintomas-alvo de ansiedade neutralizados apenas por período transitório;

- Por as benzodiazepinas, frequentemente, induzirem tolerância (necessidade de aumento progressivo da dose para se manterem os resultados esperados) e dependência (sintomas físicos e mentais consequentes à suspensão abrupta), são substâncias consideradas de abuso, risco potencialmente maior quando estão em causa moléculas com maior potencial ansiolítico, maior rapidez de atuação e menor tempo de circulação sanguínea dos metabolitos ativos, coincidentemente as de maior prescrição no SNS, particularmente nos Cuidados de Saúde Primários (figura 5);

Figura 5 - Dose Diária Definida (DDD) consumida associada a medicamentos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, por denominação comum internacional (DCI), Portugal continental, 2014



Fonte: Portugal: Saúde Mental em números - 2015, DGS (2016), acessido em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2015-pdf.aspx>

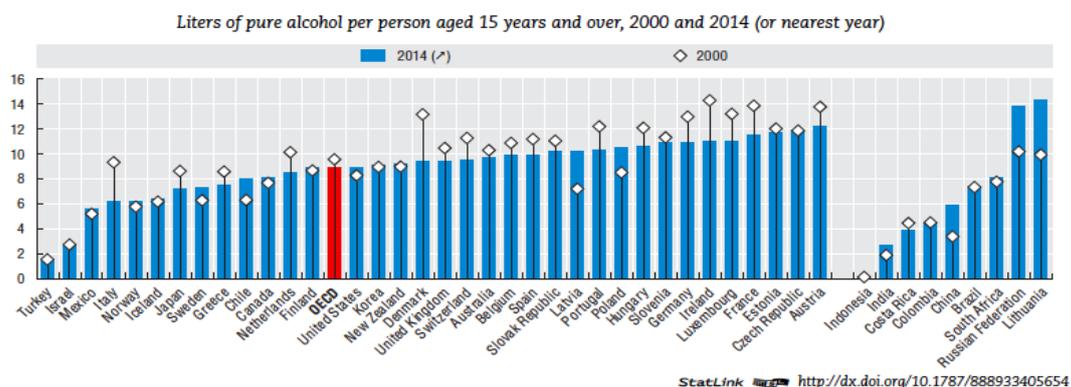
- Entretanto têm aumentado as evidências científicas sobre a relação entre o consumo prolongado de benzodiazepinas e os défices cognitivos, em particular nas pessoas idosas, sector etário em crescimento explosivo em Portugal e que vários trabalhos evidenciam que, genericamente, está polimedicado, nomeadamente com ansiolíticos e outro psicofármacos, sobretudo sedativos;
- Não menos problemáticas são outras consequências de consumo prolongado de benzodiazepinas: risco de quedas, em particular nos idosos; compromisso em muitos acidentes de viação e de trabalho; indução de sono com perfil eletroencefalográfico anómalo, não induzindo um sono repousante;
- A toxicidade que era comum nos antidepressivos da penúltima geração (tríclicos e derivados), praticamente desapareceu nos mais modernos e de maior uso nos últimos 20 anos.

A circunstância de as perturbações depressivas terem grande plasticidade de apresentação (ou variação, em regra diferenciada por fase do ciclo de vida), determina que quando os diagnósticos são realizados baseados mais nos sintomas do que na génese ou origem da situação patológica causal, se verifica o recurso comum a fármacos como os ansiolíticos, em vez de uma adequada avaliação psicológica prévia e eventual psicoterapia, complementada ou não por medicação antidepressiva. Por exemplo, se nas pessoas mais velhas não se leva em conta que as perturbações depressivas se apresentam sobretudo com alterações cognitivas (em particular alterações da memória e da orientação, no tempo

e no espaço, e da concentração) podem existir diagnósticos apressados de síndrome demencial, uma patologia mais rara, tendencialmente irreversível e crónica, ao contrário da depressão que, tendencialmente, reverte com abordagem terapêutica adequada.

Outro dado que não pode deixar de ser levado em linha de conta quando se abordam as perturbações mentais comuns em Portugal, é o padrão de consumo de **bebidas alcoólicas** (figura 6). Até há alguns anos fomos o maior consumidor mundial.

Figura 6 – Consumo de álcool puro 2000 e 2014, pessoas ≥ 15 anos, países OCDE



Fonte: Society at a Glance, 2016. OECD Social Indicators. Paris, 2016. Acedível em: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264261488-en>

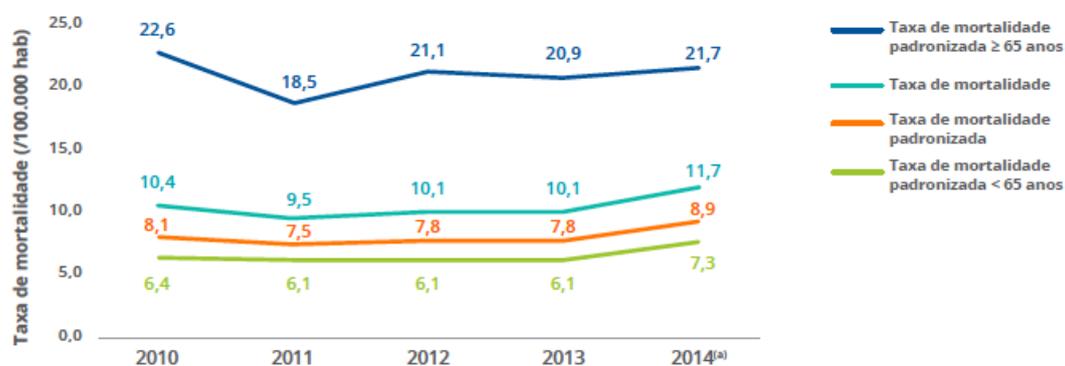
O efeito tranquilizante e também desinibidor do etanol (a substância ativa comum a estas bebidas), leva muitos a procurá-las em momentos de crise e de tensão emocional, sem terem a noção de que, a par de muitas lesões orgânicas de instalação em regra lenta e da **capacidade de induzirem tolerância e dependência** (como as benzodiazepinas), **o seu consumo regular e de risco induz depressão** (efeito depressivogénio).

Pela elevada prevalência e a evidência epidemiológica de que o recurso habitual dos cidadãos com perturbações mentais comuns se verifica nos CSP, importa que neste nível de cuidados existam profissionais adequados e atualizados para responderem eficazmente às mesmas, com recurso às Equipas Comunitárias de Saúde Mental sempre que a evolução não é a melhor ou existam dúvidas diagnósticas.

As perturbações depressivas, em particular as mais graves, têm como consequência mais dramática, decorrente de desespero atroz, a **ideação suicida**, evoluindo eventualmente para consumação suicida.

Portugal tradicionalmente emparelhou com os países da bacia mediterrânica quanto a taxas de incidência baixa. Contudo, em 2002 os valores chegaram aos 2 dígitos, situação pontualmente revertida e que se tem mantido praticamente nessa ordem desde 2010 (figura 7) mas com aumento da taxa dos anos de vida perdidos, o que aponta para o comprometimento de pessoas mais novas (ver “Portugal Saúde Mental em números 2015”).

Figura 7 - Taxas de mortalidade por lesões autoprovocadas (suicídio) por 100.000 habitantes e grupos etários, Portugal 2014



Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos CID-10: X60-X84.
(a) Quebra de série em 2014, ano de entrada em funcionamento do SICO.

Fonte: “Portugal Saúde Mental em números, 2015”, DGS 2016, acessível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2015-pdf.aspx>

Diferenciado da situação média global, o suicídio em Portugal é, sobretudo:

- um problema de pessoas mais velhas e do género masculino;
- relacionado significativamente com o viver sozinho e o sofrer de doenças crónicas e incapacitantes.

Para além de se ter presente que a existência de **tentativas de suicídio** é um preditor de consumação suicidária (como já referido, 1 em cada 20 ou 30 pessoas que o tentam, concretizam-no), sobretudo em relação às pessoas mais velhas e que vivam sós (muitas apenas com outro idoso) há metodologias de intervenção, envolvendo parcerias entre serviços de saúde, autarquias, segurança social, instituições humanitárias, que podem ter um papel fulcral, depois de um avaliação inicial e do estabelecimento de um plano de intervenção individual, que defina quais as prioridades de apoio de cada pessoa: social, de saúde, de convivência regular (até telefónica), económica, de obras de adaptação domiciliária às incapacidades de mobilização.

III. SUGESTÕES DE RECURSO EM CASOS EMERGENTES

Como em qualquer outra patologia clínica, o recurso primeiro deverá ser aos Cuidados de Saúde Primários, em particular ao Médico de Família, que se achar justificado endossa a pessoa a um Serviço de Psiquiatria.

Como noutros campos, a sociedade civil tem-se organizado e criado entidades de apoio, das quais referenciamos algumas:

- **Linha SOS Voz Amiga**, mais conhecida pelo “Telefone SOS”, disponível diariamente das 16h às 24h, através dos telefones **213 544 545 / 912 802 669 / 963 524 660** ou pelo facebook; <https://pt-pt.facebook.com/SOS-VOZ-AMIGA-321088290699/>. Integrada na IFOTES - Federação Internacional dos Telefones de Ajuda (www.ifotes.org), obrigando-se os voluntários (cuja intervenção, além de formação prévia adequada, tem supervisão clínica) a respeitar as suas normas: confidencialidade e duplo anonimato (do apelante e do voluntário);

- **Conversa amiga**, das 15 às 22h, pelos números **808 237 327** ou **210 027 159**;
- **SOS Estudante**, das 20 à 1h, pelo telefone **239 484 020**;
- **Voades** – Vocês Amigas da Esperança, acedível das 20 às 23h pelo número **22 208 07 07**.

Em registo mais clínico ou de reabilitação psicossocial, referenciam-se:

- **EUTIMIA**, que representa a Aliança Europeia contra a Depressão e que criou o site de ajuda <http://eulutocontraadepressao.eutimia.pt> podendo também ser contactada através do Facebook ou do Messenger por <https://www.facebook.com/eutimia.eaad.pt/#>;
- **ADEB** – Associação de Apoio a Doentes Depressivos e Bipolares, com delegações em várias cidades, desenvolve resposta de apoio psicossocial consultáveis no site www.adeb.pt

Em caso de **crise emocional aguda**, existe também o recurso a:

- **Linha Saúde 24**, disponível em permanência através do **808 24 24** ou do site http://www.saude24.pt/PresentationLayer/home_00.aspx
- os **serviços de urgência hospitalar com valência de psiquiatria**, que das 9 às 20h estão disponíveis na maioria daquelas estruturas, reduzindo para os dos grandes hospitais no período noturno, quer para adultos quer para crianças e adolescentes.

Para os interessados em aprofundar o tema, sugere-se a consulta do site da Sociedade Portuguesa de Suicidologia: <http://www.spsuicidologia.pt> bem como as edições do “Portugal: Saúde Mental em números”, iniciadas em 2013 e publicadas pela DGS.



Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa – Portugal
Tel.: +351 218 430 500
Fax: +351 218 430 530
E-mail: geral@dgs.min-saude.pt

www.dgs.pt