

Saúde Mental

JOSÉ MENDES NUNES*

RESUMO

A propósito do dia mundial da Saúde Mental, o autor chama a atenção para a atitude de negligência da maioria dos responsáveis pela saúde, incluindo a própria população, a que têm submetido a Saúde Mental quando comparada com a Saúde Física. A generalidade dos sistemas de saúde secundariza os serviços de doença mental em comparação com os de doença física. Se a doença mental tem tratamento desigual face à doença física, então, na promoção da saúde mental e prevenção da doença psíquica, esse hiato é muito mais pronunciado. Dentro destas áreas, já por si desfavorecidas, a área da saúde da gravidez e infância é das mais abandonadas por todos os sistemas de saúde e pela sociedade, em geral, conforme o demonstram os estudos realizados no âmbito de organizações internacionais como a OMS.

Neste contexto, o autor tem por objectivo chamar a atenção para este facto e salientar a enorme responsabilidade dos Médicos de Família na promoção da saúde mental, enfatizar a necessidade de introduzir no curriculum do internato de Medicina Geral e Familiar conteúdos formativos nesta área que, ao momento, se limita à psicopatologia.

A propósito do dia Mundial da Saúde Mental, a decorrer no dia 10 de Outubro, partilho convosco algumas reflexões sobre o tema.

No âmbito da promoção da saúde, da prevenção e tratamento da doença, a vertente mental tem sido largamente negligenciada pelos sistemas de saúde, profissionais e populações. Os profissionais, geralmente, comportam-se como se tratassem seres vivos não pensantes, sem vida psíquica, actuam como somatologistas.

Por exemplo, preocupamo-nos, e bem, com o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação, para evitar doenças infecciosas. No entanto, não temos uma preocupação, com igual peso, em promover a autonomia da criança em termos psicológicos.

Segundo a OMS,¹ a saúde mental é um estado de bem-estar em que o indivíduo tem consciência das suas capacidades, é capaz de lidar com o stress normal da vida, trabalhar produtivamente e contribuir para a sua comunidade. Portanto, a

saúde mental não é apenas a prevenção e o tratamento da doença mental, mas envolve todos os sectores da sociedade que afectem o bem-estar mental. Dentro destes, destacam-se os *média* que, por serem os principais determinantes dos sistemas de crenças, têm um enorme impacto na saúde mental das populações.²

Saúde mental é equilíbrio. Equilíbrio em todos os aspectos da vida – física, social, mental e espiritual. No entanto, os aspectos espirituais raramente são vistos como prioritários e, quando o são, têm, em exclusivo, uma perspectiva cristã.³

A saúde mental compõe-se das vertentes:

- Como nos vemos ou sentimos a nós próprios;
- Como vemos ou sentimos os outros;
- Como enfrentamos as exigências da vida.

Em termos operativos a manutenção da saúde mental envolve:⁴

- Ter em atenção o estilo de vida. Equilíbrio entre o que fazemos. Não fazer de mais nem de menos. É preciso equilíbrio no trabalho, no lazer e no descanso;
- Preservar o contacto social. Manter o contacto com quem gostamos é fulcral para a saúde mental;
- Rever periodicamente a nossa vida, inclui rever os nossos objectivos e a adequação das nossas opções. Adequar objectivos às nossas capacidades e circunstancialismos. Os problemas surgem quando sentimos que a nossa vida não é gratificante e plena;
- Ter consciência da interacção corpo-mente. A mente pode afectar o corpo e vice-versa. A alimentação, o exercício físico e o sono afectam não só o nosso organismo mas igualmente a nossa mente;

*Médico de Família no Centro de Saúde de Oeiras
Assistente convidado do Departamento de Medicina Geral e Familiar, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa

- Confiança nos outros. Ter alguém em quem confiar o mais íntimo de nós é fundamental para a preservação da saúde mental;
- Consciência do que pode correr mal. A vida é em si um risco. Esse risco deve estar presente na nossa mente para tomarmos as devidas precauções mas, por mais precauções que se tomem, as coisas sempre poderão correr mal. Importa que essa consciência não nos paralise e nos impeça de viver. Uma vez mais o equilíbrio: precaução *versus* acção.
- Tomar iniciativas para resolver problemas. A procrastinação não é compatível com saúde mental. É preciso tomar a iniciativa de resolver os problemas procurando ajuda sempre que necessário. Evitar, no entanto, a obsessão ou a impulsividade.

A saúde mental é fulcral para a construção de uma sociedade saudável, inclusiva e produtiva. No entanto, na generalidade dos países, verifica-se um enorme hiato entre as necessidades de cuidados de saúde mental e a oferta dos correspondentes serviços.⁵ Este hiato ainda é mais pronunciado se olharmos para a população infanto-juvenil. O Atlas¹ da OMS revela que 70,5% dos países europeus possuem estruturas de saúde mental para crianças e adolescentes piores que as destinadas a adultos.

Em termos de saúde infanto-juvenil, a ênfase mantém-se nos aspectos físicos. As perturbações psiquiátricas e psicológicas e, muito mais, a saúde mental, são relegadas para uma prioridade dispensável e, assim, negligenciadas. Subscrevo a perspectiva de Havens⁶ quando diz que a saúde psicológica está pouco melhor que a saúde física estava há 200 anos atrás quando se morria jovem. Nós não temos medidas para a

longevidade psicológica, mas certamente que ser psicologicamente moribundo é ser *afecto-excluído*, não ter liberdade imaginativa e oportunidades de escolha, perder o sentido de pertença, odiar o passado, ignorar o presente e temer o futuro.

Entenda-se por perturbações psiquiátricas as que se enquadram nas categorias diagnosticas de psiquiatria médica, enquanto que as perturbações psicológicas incluem problemas comportamentais não integráveis nos quadros psiquiátricos, tais como dificuldades de aprendizagem, da leitura, do cálculo, da auto-imagem, comportamentos não normalizados, etc.

Os problemas comportamentais são os mais prevalentes em todas as idades, mais do dobro dos problemas locomotores que, geralmente, se encontram em segundo lugar em termos de frequência. Estudos realizados no Reino Unido⁷ mostram uma prevalência de problemas comportamentais que aumentam continuamente até à adolescência: 13% nas crianças dos 0 aos 4 anos, 23% dos 5 aos 9 anos e 25% dos 10 aos 15 anos.

Apontam-se várias justificações para a falta de empenho nos problemas de saúde mental entre as quais se encontra a existência de mitos como:

- As perturbações psicológicas da criança são secundárias a eventos *stressantes* na família ou escola e, por isso, são meras respostas aqueles eventos;
- Se não temos terapêutica «médica» para o problema a Medicina nada pode fazer;
- A utilidade de uma intervenção só pode existir se conseguir resolver totalmente o problema, i.e., exige-se um resultado de tudo-ou-nada o que não se verifica com os problemas físicos. Por exemplo,

se mantivéssemos o mesmo princípio para o cancro, então, não valeria a pena tratá-lo, dado que não conseguiremos a sua cura total.

A estes mitos acrescento a ideia preconceituosa de que a perturbação mental não é susceptível de prevenção.

À semelhança do que se observa com a oferta de serviços, também é clara a evidência de um hiato entre as necessidades e a oferta de formação em saúde mental. O Atlas¹ 2005 da OMS demonstra que os prestadores de cuidados primários não estão treinados, como deviam, para prestar cuidados de saúde mental a crianças e adolescentes. Contudo, os profissionais dos cuidados primários, uma vez treinados, constituem um enorme recurso para alcançar os objectivos desejados de identificação e intervenção precoces.

Por isso se felicita a Direcção Geral da Saúde pela publicação do manual de orientação para profissionais de saúde, intitulado «Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância».⁸ Esta publicação deve ser vista como um pequeno passo num programa prioritário de promoção da saúde mental na gravidez e infância.

Vários são os estudos que indicam a importância da saúde mental da grávida para o sucesso do parto e a saúde da criança: a ansiedade e a depressão maternas estão associadas a partos de pré-termo;⁹⁻¹¹ mães com comportamento anti-social, jovens e fumadoras, têm maior probabilidade de terem filhos com comportamento violento;¹² mães e pais com problemas de saúde mental estão associados a crianças com perturbações emocionais e comportamentais.¹³⁻¹⁴

Por outro lado, existe evidência de que a preocupação dos profissio-

nais de saúde pela dimensão psicossocial dos pais tem impacto na saúde física e mental dos filhos: o tratamento efectivo da depressão materna tem repercussões na redução do número de sintomas e de diagnósticos nas crianças filhas de mães tratadas;¹⁵ o ensino dos pais sobre os padrões normais de sono, no recém-nascido, associa-se a menor probabilidade de perturbações do sono.¹⁶

Os comportamentos dos pais e as relações disfuncionais entre eles têm, igualmente, profundo impacto na saúde global da criança, mas muito particularmente na mental: os maus tratos físicos e verbais associam-se a perturbações cognitivas, comportamentais e afectivas das crianças;¹⁷ a exposição precoce à televisão associa-se a subseqüentes perturbações da atenção da criança¹⁸⁻¹⁹ e a insucesso escolar.²⁰

São evidentes os ganhos em saúde ao investir na promoção da saúde mental do casal grávido e primeira infância. No entanto, há que tomar precauções para não medicalizar ou psicologizar fases naturais do ciclo da vida, que devem permanecer espontâneas, livres e divinamente vivas. Devem ser fases gratificantes, libertadoras e tranquilas para todos os intervenientes. Promover a saúde mental passa por confiar na intuição dos intervenientes, ajudá-los na construção da sua auto-estima, a acreditarem nos próprios e nas suas capacidades e a facilitar as melhores condições para a sua auto-realização. Esta é a grande tarefa dos profissionais de saúde que, mais do que dar conselhos, devem actuar como orientadores que ajudam à tomada de consciência das próprias capacidades e a tirar o melhor proveito delas, para a «construção» de proles com elevada resiliência.

Uma tarefa (diria mesmo missão)

desta dimensão exige uma sólida formação dos profissionais dos cuidados de saúde primários, particularmente os médicos de família, na área da saúde mental e de técnicas de intervenção terapêutica como aconselhamento, psicoterapias breves, intervenções motivacionais, relação de ajuda, auto-conhecimento, ética da comunicação, etc. Esta formação exige maior investimento, nomeadamente de tempo, impondo o prolongamento do internato complementar de Medicina Geral e Familiar associado à reestruturação do respectivo *curriculum*.

Aparentemente exige maior investimento económico, contudo a modificação da qualidade (técnica e humana) da relação médico-doente conduz a uma economia no consumo de medicamentos, requisição de exames complementares de diagnóstico e de referências. Embora possa haver evidentes ganhos económicos, a maior justificação para a mudança é de ordem humanitária: ela conduz à humanização dos cuidados de saúde prestados e à redução do sofrimento humano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. Atlas: child and adolescent mental health resources: global concerns, implication for the future. Geneva: WHO; 2005. p. 42.
2. Edney DR. Mass media and mental illness: a literature review. Ontario: Canadian Mental Health Association; 2004. Disponível em: URL: http://www.ontario.cmha.ca/docs/about/mass_media.pdf [acedido em 02-10-2006].
3. Salas S, Sushrut J. Meeting the needs of Muslim service users. Prof Nurse 2004 Sep; 20 (1): 22-4.
4. Mental Health Ireland 2005. Disponível em: URL: <http://www.mentalhealthireland.ie/Information.asp> [acedido em 02-10-2006].
5. WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA 2004; 291(21):2581-90.
6. Havens L. Freud's invention. In: Inside therapy. Illuminating writings about therapists, patients, and psychotherapy. St. Martin's Griffin, Nova Iorque 1998; pg: 54-66.
7. WHO. Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference. WHO 2005. Disponível em: URL: <http://www.euro.who.int/document/E8730.pdf> [acedido em 02-10-2006].
8. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. Promoção da saúde mental na gravidez e primeira infância: Manual de orientação para profissionais de saúde. DGS, Lisboa 2006. Disponível em: URL: www.dgs.pt [acedido em 02-10-2006].
9. Dole N, Savitz DA, Hertz-Picciotto I, Siega-Riz, McMahon MJ, Buekens P. Maternal stress and preterm birth. Am J Epidemiol 2003 Jan 1; 157 (1): 14-24.
10. Dayan J, Creveuil C, Herlicovitz M, Herbel C, Baranger E, Savoye C, Thouin A. Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. Am J Epidemiol 2002 Feb 15; 155 (4): 293-301.
11. Teixeira JM, Fisk NM, Glover V. Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. BMJ 1999 Jan 16; 318 (7177): 153-7.
12. Tremblay RE, Nagin DS, Séguin JR, Zoccolillo M, Zelazo PD, Boivin M, et al. Physical aggression during early childhood: trajectories and predictors. Pediatrics 2004 Jul; 114 (1): e43-e50. Disponível em: URL: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/114/1/e43> [acedido em 02-10-2006].
13. Kahn RS, Brandt D, Whitaker RC. Combined effect of mothers' and fathers' mental health symptoms on children's behavioral and emotional well-being. Arch Pediatr Adolesc Med 2004 Aug; 158 (8): 721-9.

14. Gandhi SG, Gilbert WM, McElvy SS, El Kady D, Danielson B, Xing G, et al. Maternal and neonatal outcomes after attempted suicide. *Obstet Gynecol* 2006 May; 107 (5): 984-90.

15. Wiessman MM, Pilowsky DJ, Wickramaratne PJ, Talati A, Wisniewski SR, Fava M, et al. Remissions in maternal depression and child psychopathology: a STAR*D-child report [erratum publicado encontra-se em *JAMA* 2006 Sep 13; 296 (10): 1234]. *JAMA* 2006 Mar 22; 295 (12): 1389-98.

16. Symon BG, Marley JE, Martin AJ, Norman ER. Effect of a consultation teaching behaviour modification on sleep performance in infants: a randomised controlled trial. *Med J Aust* 2005 Mar 7; 182 (5): 215-8.

17. Teicher MH, Samson JA, Polcari A e McGreenery CE. Sticks, stones and hurtful words: relative effects of various forms of childhood maltreatment. *Am J Psychiatry* 2006 Jun; 163 (6): 993-1000.

18. Christakis DA, Zimmerman FJ, DiGiuseppe DL, McCarty CA. Early television exposure and subsequent attentional problems in children. *Pediatrics* 2004 Apr; 113 (4): 708-13.

19. Thompson DA, Christakis DA. The association between television viewing and irregular sleep schedules among children less than 3 years of age. *Pediatrics* 2005 Oct; 116 (4): 851-6.

20. Hancox RJ, Milne BJ, Poulton R. Association of television viewing during childhood with poor educational achievement. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005 Jul; 59 (7): 614-8.

Endereço para correspondência:

José Mendes Nunes
E-mail: jmnunes@netcabo.pt

Recebido para publicação em: 12/09/06
Aceite para publicação em: 03/10/2006