

Entrevista com Torres Freixo, médico psiquiatra do CRI de Braga:

“A exaustão dos profissionais é uma ameaça real”



Porque estamos numa equipa técnica especializada de um centro de respostas integradas, relembro as sucessivas alterações ao nível dos consumos, padrões e perfis... Em que medida possui a ET de Braga respostas para contrariar ou minimizar os novos problemas que vão atualmente surgindo?

Torres Freixo (TF) – Creio que tem havido uma consciencialização da evolução dos padrões de consumo, dos grupos etários, profissionais e sociais... Parece-me que tem sido feito um acompanhamento desses indicadores mas, em termos gerais, não se verifica uma actuação actualizada face aos tempos que estamos a viver. Já em termos individuais, existem pessoas com muita categoria e qualidade e que estão realmente a fazer um trabalho já sintonizado e actualizado face aos padrões e necessidades atuais. Mas, no colectivo, esse trabalho não aparece...

Antes da constituição dos atuais CRI, tivemos os CAT, tradicionalmente vocacionados para o tratamento de doentes dependentes de heroína e cocaína. Entretanto, foram surgindo novos fenómenos, com particular relevância atual para substâncias como a canábis e o álcool mas também para CAD sem substâncias. Que respostas e ferramentas têm atualmente os CRI para tudo isto?

TF – O que constato é que cada um de nós tem de dar o seu melhor... E tem que procura-lo porque não existe uma política geral para isto. Em suma, temos consciência, percebemos em que estado estão as coisas e interiorizamos que temos que dar a melhor resposta possível. E confesso que não me chegam quaisquer normas ou guias para intervirmos de forma padronizada...

Desde a extinção do IDT à criação do SICAD, passando pela integração dos CRI nas ARS, muitas têm sido as queixas dos profissionais relativamente à limitação da vossa intervenção... Comunga dessas opiniões?

TF – Acho que se não tivéssemos já interiorizado o ADN do antigo SPTT, seria muito difícil termos uma conduta, uma dedica-

ção e uma intervenção como a que temos assegurado até agora. Não se perdeu muito porque ainda há muito ADN disperso pelas várias extensões mas, obviamente, corremos o risco de perder isso porque muitas pessoas vão saindo. E isso resulta em perda de identidade, cultura e partilha. Se existe serviço onde a intervenção é verdadeiramente de equipa, o mesmo situa-se certamente nesta área dos CAD.

Recorda-se da primeira vez que recebeu um toxicodependente para tratamento?

TF – Antes de entrar para esta área, tive a sorte de fazer aqui formação, voluntariamente, durante cerca de um ano... Hoje, a formação dos psiquiatras contempla formação nesta área, algo que não sucedia na altura, exceptuando na temática do álcool. Portanto, sentia que ia tirar a especialidade sem já nada saber da actualidade. Na altura, era o Dr. Carlos Sousa que estava aqui, a quem pedi para, voluntariamente, trabalhar e aprender. E como fui bem acompanhado e integrado, confesso que o panorama não me assustou particularmente. Foi um percurso gradual, algo que não acontece atualmente, em que existe um concurso e o profissional admitido, seja ele médico, psicólogo, enfermeiro ou assistente social, entra de olhos completamente vendados. Há que dar o tempo necessário às pessoas, particularmente nesta área, em que demoramos anos a adquirir a necessária sensibilidade e capacidade de relacionamento. Sendo verdade que a intervenção em toxicodependência tem muito de ciência e de técnica, não é menos verdade que também tem muito de arte. E se não soubermos utilizar adequadamente a arte, toda a ciência e técnica valem zero.

E o que mudou desde essa altura até hoje?

TF – Algumas coisas não mudaram... Outras, de facto, mudaram hoje há também uma intervenção em problemas ligados ao álcool e também graças a formação ministrada pelo SICAD no jogo patológico. Desde logo, existe hoje um enorme desgaste nas equipas, que não estão auto-suficientes. Embora tenha havido um esforço recente para dotar as equipas das pessoas necessárias, mesmo assim ainda estamos aquém e, como tal, as equipas encontram-se exaustas face ao excesso de carga laboral e até às condições físicas dos espaços onde trabalhamos, que não são as melhores. Por outro lado, também não existe a oferta de formação que deveríamos ter e estamos dispersos. Dantes conhecíamos os nossos chefes... hoje não os conhecemos... Os próprios canais de comunicação deixaram de existir, contrariamente ao que sucedia na altura do IDT... Entretanto, gostaria também de frisar que, no meu entendimento, o CRI foi uma boa invenção: conseguir integrar os cuidados necessários ao doente com patologia aditiva foi uma viragem histórica muito importante. Mas não chega. É preciso dinamizar.

Uma das valências mais visíveis das equipas de tratamento dos CRI tem a ver com o tratamento ambulatório, nomeadamente o de substituição opiácea, em que os profissionais dispõem hoje, essencialmente, de dois medicamentos, a metadona e a buprenorfina... O que distingue estes dois?

TF – Quando estes serviços foram formados, os mesmos resumiam-se praticamente à administração de metadona. Basicamente, o objetivo consistia em retirar o doente da rua e dar-lhe uma substância para substituir o que consumia na rua. Felizmente, isso evoluiu imenso e, hoje, não só conseguimos tirar o doente da rua como devolver-lhe capacidade de intervenção real no trabalho, na família, na sociedade, na cultura... Por aí, há vantagens evidentes. E a buprenorfina, mais concretamente o suboxone, veio virar uma página e beneficiar esta possibilidade de o doente estar um mês ou mais sem precisar de ser tão periodicamente subjugado a testes de despistagem de consumos, entre outras práticas.

Consideraria a buprenorfina um medicamento de substituição ou será mais do que isso?

TF – A meu ver, é mais do que substituição. É um passaporte para a liberdade, algo que permite ao doente funcionar em pleno, sem ter que se “sujeitar” a práticas individualistas. Esta possibilidade que lhe confere de pegar na receita e aviá-la em qualquer local dá-lhe uma liberdade muito grande e, por outro lado, o medicamento é agonista parcial e não total, o que implica também uma responsabilidade do doente, que sabe perfeitamente que, se consumir com buprenorfina, vai ficar bem pior. Em suma, consciencializado este factor, creio tratar-se de um medicamento bastante seguro, diminui o desvio e o uso indevido da medicação que trouxe uma liberdade enorme, quer na família, quer nas vertentes social e laboral. E sendo a buprenorfina muito menos sedativa do que a metadona, isto permite ao doente ter mais lucidez, capacidade de decisão e de ação na forma de estar com os outros.

Sendo o dependente um doente crónico, como descreveria as dificuldades encontradas relativamente ao processo de desabitação destes dois medicamentos?

TF – Com metadona, geralmente, temos que fazer internamentos para fazermos as desabitações. Com buprenorfina, conseguimos fazê-lo mais facilmente em ambulatório. É fácil a fase de desabitação... A desabitação é relativamente fácil em ambulatório com a buprenorfina /suboxone. É mais seguro...

Quando um doente surge nestes serviços com uma dependência opiácea, pode iniciar imediatamente esse tratamento de substituição?

TF – Lá está: não existe um guião... Tenho imensos doentes relativamente aos quais, mediante uma avaliação, que inclui a sua história, o prognóstico e a análise da sua personalidade e dos apoios de que beneficia, não tenho qualquer problema em iniciar o tratamento de imediato com buprenorfina diminui o risco de overdose e a indução é rápida, bem como a estabilização e manutenção, não necessita de uma supervisão diária.

Quantos utentes estão atualmente em tratamento de substituição na ET de Braga?

TF – Em metadona, entre a Equipa de e a ET de Braga, serão cerca de 360; em buprenorfina há um numero muito superior e que continua a crescer devido ao perfil de segurança, de fácil indução e manutenção.

Seria a buprenorfina uma boa solução para administração nos estabelecimentos prisionais?

TF – Sim, porque o manuseamento é mais fácil, diminuiria as mortes por overdose, e poderia diminuir as tensões entre os reclusos. Como sabe, não há nos estabelecimentos prisionais a prática de tomar buprenorfina. Quando o doente que entra estava num programa de buprenorfina, este é substituído pela metadona. Isto sucede porque se pensa erradamente que se controla melhor a situação e que se evita o mau uso e o desvio da medicação.

Ou será uma questão económica?

TF – Talvez seja também... Mas é também o receio de manusear um medicamento que tem um valor comercial E sabemos que as coisas valem muito nas cadeias...

Na sua prática, como avalia a atual afluência de doentes dependentes de opiáceos?

TF – É irregular... Existem alturas em que não surgem doentes durante um considerável período de tempo e, noutras, são uns atrás dos outros. Diria que não é com a intensidade que se verificava antigamente mas, aqui em Braga, esse decréscimo é ligeiro e prolongado no tempo mas ainda aparece muita gente com dependência de heroína, particularmente gente com idade mais avançada. Os mais novos já estão “noutra onda”...

E quanto à procura de tratamento para a dependência de álcool?

TF – Muito grande! Exponencial. Hoje, diria que é 50 por cento de álcool e 50 por cento de outras substâncias ilícitas. Numa reunião de distribuição de doentes pelos colegas, quase metade é alcoólica. Nesse aspecto, acho que estamos a prestar um bom serviço. Estamos muito ligados aos cuidados de saúde primários e o médico de família faz uma referenciação destes casos para nós. Se tivermos uma situação que, em termos psiquiátricos, médicos ou orgânicos, seja muito preocupante, encaminhamos para o hospital para facilitar outro tipo de tratamento. No caso particular de Braga, estamos no meio e muito ligados aos médicos de família. Sensibilizámos estes colegas da saúde familiar, que fazem o teste AUDIT e desenvolvem algum trabalho nesta matéria, encaminhando-nos muitos casos.

E como se resolve este problema face ao exponencial aumento de procura e à acentuada diminuição de recursos?

TF – Tem-se resolvido com muita imaginação, com muita dedicação e profissionalismo mas, realmente, a exaustão é uma ameaça real. Braga, particularmente, tem sido um serviço esquecido. Só este ano passámos a ter dois psiquiatras, após muitos anos com apenas um... E cheguei a ser o único para todo o distrito...