



Entrevista com Raquel Santos Pereira:

Muitas pessoas recorrem a álcool e drogas para se “medicarem”

Em entrevista a Dependências, Raquel Santos Pereira, médica psiquiatra do Hospital Magalhães Lemos, é desafiada a realizar um périplo por vários domínios da saúde mental, abordando conceitos como perturbações neuróticas e psicóticas, o papel do médico de família, fatores de risco, a influência do consumo de substâncias psicoativas ou estigma. Não obstante as dificuldades constatadas na prática, Raquel Santos Pereira constata que “felizmente, as intervenções vão revelando sucesso ao mesmo tempo que os sistemas de saúde mental, na psiquiatria e na pedopsiquiatria também vão estando cada vez mais preparados para dar resposta a estes utentes”.

Constituindo a saúde mental uma determinante fundamental da nossa qualidade de vida, em que medida poderão as perturbações a este nível condicionar a nossa forma de viver e os nossos sentimentos?

Raquel Santos Pereira (RP) – Confesso que foi também por reflexões como essa que escolhi a psiquiatria, uma vez que considero que, numa perspetiva de saúde global, a saúde mental assume uma enorme importância. Sabemos que, por tradição, existe um grande estigma em torno da doença mental e a verdade é que grande parte destes doentes ou não está a ser tratada ou, quando procura ajuda, já apresenta algum avanço na sua doença. Em suma, a doença mental foi sempre estigmatizada relativamente aos outros aspetos da medicina.

Sendo certo que esse estigma persiste, verifica-se que, muitas vezes, o mesmo tem origem na própria família...

RP – Sim, muitas vezes parte da família e da sociedade... Por tradição, a psiquiatria era asilar, dos grandes hospitais psiquiátricos, que continuam e têm que existir... Eu própria trabalho num hospital psiquiátrico mas, cada vez mais, tentamos contrariar esse estigma e abrir a psiquiatria à comunidade, sendo fundamental que todos os doentes possam ter o tratamento adequado dentro das suas famílias e nos seus contextos de vida. Claro que estamos a falar no âmbito daqueles doentes mais graves, como os psicóticos, mas temos depois também toda a outra faixa de doentes, com perturbações de ansiedade ou depressões, que também acaba por sofrer algum estig-

ma. Muitas vezes deparo-me, na consulta, com a confissão de que o doente achava que conseguiria vencer a doença apenas fazendo uso da “força de vontade”, como se estas não fossem doenças como qualquer outra, com a diferença de que o órgão afetado é o cérebro. E, muitas vezes, reportam o início do quadro a um ou mais anos antes e expressam que não procuraram ajuda pelo receio de sentirem que estariam a falhar caso o fizessem.

Existirão causas atribuíveis a estes tipos de doenças e perturbações?

RP – Sendo evidente que as doenças mentais são sempre multifactoriais, sabemos que existem algumas que têm uma agregação familiar e que são geneticamente determinadas. Percebemos que, quer na esquizofrenia, quer na doença bipolar, em algumas depressões e perturbações de ansiedade, existem muitas vezes familiares diretos com essa patologia. Mas, se por um lado, pode haver biologicamente um “terreno predisponente”, por outro lado, a própria socialização e crescimento numa família com determinadas características, pode aumentar a probabilidade do surgimento dessas perturbações. Também é possível que certas características de personalidade possam contribuir para o aparecimento de patologias psiquiátricas.

É verdade que existem cada vez mais jovens e adolescentes com doença mental?

RP – Eu trabalho na psiquiatria de adultos mas a sensação que tenho, até pelos doentes que me vão aparecendo nas faixas dos jovens adultos permite-me constatar que existem cada vez mais crianças/ adolescentes a serem seguidos, nomeadamente com diagnóstico de perturbação de hiperactividade com défice de atenção. Felizmente, as intervenções vão revelando sucesso ao mesmo tempo que os sistemas de saúde mental, na psiquiatria e na pedopsiquiatria também vão estando cada vez mais preparados para dar resposta a estes utentes.

Face à sua experiência clínica, que perturbações mentais classificaria como as mais difíceis de tratar?

RP – Para mim, enquanto psiquiatra, as mais difíceis são, sem dúvida, as perturbações psicóticas, como a esquizofrenia, até pela tendência a terem um curso crónico, assim como as perturbações de personalidade, nomeadamente do tipo borderline, em que há uma grande instabilidade a todos os níveis e uma afetividade particularmente mal estruturada.

Ainda persiste aquele limbo entre a tristeza e a depressão, o que poderá resultar em mais uma barreira ao correto diagnóstico?

RP – Sim... Existe, desde logo, a tristeza considerada normal... A pessoa não está sempre bem-disposta... Muitas vezes, o nosso humor varia, por situações adversas, por alterações hormonais, por sazonalidade... Creio que uma boa forma de distinguirmos a tristeza normal da patológica, ou seja, depressiva, assenta em crité-

rios de duração e de funcionalidade. Se a pessoa perde a sua funcionalidade, se deixa de trabalhar, de conviver com os amigos e de estar socialmente ativa e se existem concomitantemente sintomas biológicos (alteração da alimentação, sono, sexualidade, vitalidade) e se isso é persistente, temos elementos para considerar ser uma depressão.

E que papel caberá nesses casos ao médico de família?

RP – O médico de família assume um papel primordial, até porque, cada vez mais, consegue tratar a maioria dos casos depressivos e ansiosos leves a moderados e muito bem. Se todas as depressões e perturbações de ansiedade tivessem que ser acompanhadas por psiquiatria, não haveria especialistas suficientes. Essa resposta do médico de família, com a eventual ajuda da consultoria de um psiquiatra, nos cuidados de saúde primários, melhora substancialmente o funcionamento dos sistemas de saúde. Claro que os casos graves devem ser encaminhados para uma ajuda especializada.

Será esta uma doença silenciosa ou existirá igualmente uma dor física associada à doença mental?

RP – A grande maioria das perturbações psiquiátricas provoca sofrimento psicológico. No entanto, as depressões podem colorir-se com dores, que são por vezes o sintoma mais proeminente - depressões somatizadas. A verdade é que estes doentes sofrem e muito. Podem até sofrer mais do que com outras doenças físicas... Frequentemente se desvalorizam estas queixas, podendo o sofrimento atingir um ponto tal em que há risco de suicídio.

Existem fatores de risco definidos para o suicídio?

RP – Sim, sabemos que existem. Ser homem, muito novo ou idoso, divorciado, separado, ou solteiro, desempregado, com uma rede social deficitária, com consumo de tóxicos, nomeadamente drogas ou álcool, com doenças físicas ou mentais graves e com tentativas anteriores de suicídio, ainda que nos pareçam manipuladoras ou apelativas, do próprio ou de familiares, assim como a verbalização da vontade de pôr termo à vida, são fatores de risco para suicídio. Em alturas de crise, como a perda de emprego, uma crise familiar, económica ou social, esse risco aumenta.

No que concerne à intervenção terapêutica, em que medida continuará a saúde mental a constituir um exclusivo da psiquiatria? Considera que já terão sido abertas portas para uma intervenção mais integrada e multidisciplinar?

RP – Nós temos vários intervenientes na saúde mental. Para além dos médicos psiquiatras, temos uma equipa constituída por psicólogos, enfermeiros da saúde mental, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais... e também nos cuidados de saúde primários, como já expus, os

nossos colegas de medicina geral e familiar tratam cada vez mais algumas patologias psiquiátricas.

No campo da intervenção em psiquiatria, deparamo-nos hoje com um espectro que se estende entre conceitos como psicose e neurose...

RP – Em síntese, e de uma forma um pouco rudimentar, diria que em psiquiatria temos, classicamente, dois tipos de perturbações: as “neuróticas” e as psicóticas. As perturbações psicóticas são aquelas em que os sintomas são designados de heterólogos. São aqueles sintomas em que se perde o contacto com a realidade - delírios, alucinações... Enquanto que os sintomas neuróticos, como a ansiedade e a depressão, todos nós acabamos por sentir. A diferença entre o normal e o patológico situar-se-á mais no plano quantitativo ou durabilidade.

Será o doente esquizofrénico que procura uma solução no consumo de drogas ou serão estas que levam à esquizofrenia?

RP – Por um lado, sabemos que o consumo de tóxicos, nomeadamente de cannabis, pode potenciar quer o surgimento de quadros psicóticos em pessoas predispostas, quer a descompensação de quadros que de outra forma estariam compensados. Também sabemos que indivíduos com psicose poderão procurar nas drogas uma forma de tentar ultrapassar o sofrimento que a doença provoca. Ou seja, respondendo à sua questão, diria poder tratar-se um pouco das duas hipóteses: causa e consequência.

Considera que o consumo abusivo de drogas se encaixa no foro de intervenção da saúde mental?

RP – Claro que sim! E temos isso muito bem definido em Portugal, nomeadamente através das Equipas de Tratamento, que são equipas multidisciplinares de saúde mental, em que os indivíduos que têm perturbação mental e comportamental decorrente do uso de substâncias são tratados. Sem dúvida que também faz parte da psiquiatria e que é uma das nossas vertentes.

Quando falamos sobre drogas esquecemos habitualmente o álcool, a substância psicoativa mais consumida entre os portugueses... Por que terão os clínicos, entre os quais os especialistas de psiquiatria, ignorado durante tantos anos este fenómeno?

RP – Por um lado, o álcool é ubiqüitário... Estamos num país com fortes raízes vitivinícolas, em que o consumo é socialmente tolerado, em contraposição ao consumo recreativo de outras drogas. E temos a questão da definição de limites: o que é social, moderado ou patológico? Muitas vezes, não terá tanto a ver com a quantidade consumida mas com as alterações que esse consumo provoca na vida, na saúde e na funcionalidade das pessoas. Por vezes, até para nós,

técnicos, não é fácil perceber quando é que se pisa o risco entre o normal e o patológico...

Sabendo-se que o tratamento do alcoolismo deve ser holístico, de que forma considera ser assegurado pelo menos o necessário equilíbrio entre a vertente física e mental do utente?

RP – O tratamento do alcoolismo deve ser multidisciplinar. Temos a intervenção sobre os aspetos psicológicos, que cabe normalmente aos psiquiatras e psicólogos e a intervenção específica em doenças orgânicas provocadas pelo consumo - hepáticas, gastrointestinais, cardíacas, hematológicas, oncológicas...

Será o álcool um depressor ou um estimulante?

RP – Em pequena quantidade, é um estimulante, desinibidor e euforizante. Por isso, é tão aditivo. Como todas as drogas, acaba por atuar nos circuitos da dopamina... Em doses altas é um depressor do sistema nervoso central que pode até levar ao coma e à morte.

O consumidor abusivo de álcool pode não evidenciar sintomas de privação e, nem por isso, deixar de ser alguém dependente da substância...

RP – Essa é uma questão curiosa... Não é necessário haver síndrome de abstinência para constatar que uma pessoa tem uma perturbação decorrente do consumo de álcool. Existe uma série de critérios mas nem todos têm que ser preenchidos para se falar de “alcoolismo”. Refiro-me, a título de exemplo, àquela pessoa que apenas bebe ao fim de semana mas que, quando o faz, se coloca numa situação de risco... Ou seja, se consumo álcool e, mesmo não desenvolvendo tolerância ou abstinência, me coloco em perigo ou prejuízo o meu equilíbrio pessoal, social, laboral, ..., temos que o encarar como patológico.

Nessas situações em que ainda não foi diagnosticado propriamente um abuso mas em que também não é sinalizado um síndrome de abstinência, em que medida existem soluções farmacológicas que respondam com eficiência?

RP – É evidente que alguns fármacos podem ser fundamentais quando há risco de abstinência... Sabemos que a abstinência alcoólica (“delirium tremens”) é das poucas que pode matar e, por isso, a par da abstinência, se deve prescrever medicação protetora do sistema nervoso central. Quando não existem sintomas físicos de abstinência, a medicação pode também ser utilizada na tentativa de diminuir a pulsão para consumir (“craving”). Mas tal como sucede relativamente ao consumo de outras substâncias, a medicação tem um efeito limitado. O mais importante é a motivação pessoal, que pode e deve ser estimulada pela intervenção psicoterapêutica. E porque muitas vezes falamos de pessoas que recorrem a drogas e a álcool para se “medicarem”, temos de tentar perceber o que está por detrás da dinâmica de consumos.