

XIII Congresso Nacional de Psiquiatria decorreu de 25 a 27 de janeiro em Vilamoura:

O normal e o patológico: conceitos, modelos e práticas clínicas

O XIII Congresso Nacional de Psiquiatria resultou num fórum de actualização e de reflexão crítica sobre os principais temas psiquiátricos com avanços científicos significativos quer na área clínica, quer nas múltiplas perspectivas da terapêutica psiquiátrica. O evento, organizado pela Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental e patrocinado pela Associação Mundial de Psiquiatria teve lugar no Centro de Congressos Tivoli Marina de Vilamoura entre 25 e 27 de janeiro, elegendo como tema central o Normal e o Patológico em Psiquiatria. De acordo com os responsáveis, este tema tem uma enorme importância para a psiquiatria, permitindo manter o debate sobre as fronteiras entre as vivências e comportamentos considerados dentro do “normal” e as formas de expressão desses mesmos comportamentos e vivências já no domínio da patologia mental. Por outro lado permitiu também discutir outras questões importantes, como as perturbações da personalidade, a nosologia psiquiátrica considerando os modelos categoriais e dimensionais, as questões relacionadas com factores patoplásticos, como os de natureza cultural, bem como múltiplas outras questões em aberto que a psicopatologia e a psicologia social têm investigado mais recentemente. A Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, enquanto organismo representativo da comunidade psiquiátrica, assume no Congresso Nacional o seu ponto mais alto e Dependências aceitou o repto, marcando presença no evento, onde entrevistou alguns dos profissionais que enriqueceram um programa científico em que sobressaiu um novo fármaco dedicado ao tratamento da depressão. De acordo com Augusta Vieira-Coelho, a Vortoxietina contribui para uma melhor eficácia do tratamento, para uma maior selectividade sobre as aminas alvo e para uma melhoria do perfil de tolerabilidade do fármaco.



Marques Teixeira, Presidente da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental

O que traz de novo este XIII Congresso Nacional de Psiquiatria?

Marques Teixeira (MT) – Desde logo, o tema... Trabalhar o normal e o patológico é fundamental, difícil e estamos a ver como é complexo porque temos assistido a comunicações altamente controversas, que se revelam muito importantes para lançarmos a discussão e mudarmos alguma coisa. Por outro lado, temos cada vez mais palestrantes estrangeiros que vêm contribuir neste congresso com o seu conhecimento; a participação, que é um pouco superior à do ano passado, ilustra o interesse que as pessoas continuam a demonstrar pela organização deste congresso... Mas, de novo neste congresso, destacaria o tema, o deste ano e o dos outros anos anteriores, porque discutimos sempre

aspectos que sejam de grande importância para o avanço da psiquiatria.

Ainda se discutem hoje grandes problemas que envolvem a saúde mental, como o estigma?

MT – Claro que sim... Ainda no ano passado perguntei ao presidente da WPA por que motivo essa instituição gasta milhões durante um ano na luta contra o estigma e o mesmo não desaparece... Ao que me respondeu ser uma boa questão mas não ter resposta... É tão complexo... O estigma é algo contra o que temos que lutar permanentemente. Existem alguns níveis emaranhados entre si quando falamos em estigma: um é a representação social da doença mental, que está muito enraizada e ainda é vista como qualquer coisa que não é deste mundo, assusta as pessoas; depois, a psiquiatria e a doença mental também têm uma representação mental junto dos políticos que não parece ser a mais adequada. Basta ver, a dotação de verbas para a Psiquiatria que é sempre muito inferior à das outras especialidades médicas... Chega a dar a impressão que o doente mental não é um doente como os outros. Parece-me que prevalece a convicção de que a doença mental não é algo tão complexo e grave como, por exemplo, uma hepatite crónica ou uma diabetes; por outro lado, a atividade social e política dos doentes mentais é muito limitada. É uma espécie de grupo silencioso que vai sendo mais ou menos esquecido.

Existe prevenção primária para a problemática da doença mental?

MT – Sim, existem alguns aspetos de prevenção, nomeadamente em todas as va-

riáveis ambientais que sabemos que interferem e muito no eclodir da doença mental. Refiro-me concretamente a aspetos de higiene de sono, de natureza educativa nas famílias, da prevenção individual, do burnout nas empresas.... Existe uma série de situações de natureza contextual que é possível prevenir ou preparar as pessoas para lidarem com elas ou intervir ecologicamente no sentido de diminuir o risco.

Em que medida poderia essa intervenção precoce iniciar-se no médico de família?

MT – Deve começar pelo médico de família! Isso é saúde mental! O médico de família deve estar preparado para fazer a promoção da saúde em geral, o que também significa promover a saúde mental... As escolas também têm um papel importante na prevenção e na promoção da saúde mental, assim como as autarquias e as várias especialidades médicas. Isto sim, é saúde mental. Psiquiatria é para a doença. Cada vez mais se considera que a doença mental existe porque existe a conjugação de fatores ambientais e fatores genéticos, sem a qual a prevalência diminuiria, portanto, é também muito importante atuar nos fatores ambientais.

A sociedade ainda vê o doente mental como o “maluquinho da rua”?

MT – Acabou de vir ao encontro do que eu disse: saúde mental é saúde, o doente mental é doente e, quanto o facto de a sociedade ainda pensar no doente mental como o “doente da rua”... acho que está a mudar, embora ainda se pense em dois extremos: o doente mental grave, vulgo psicótico, ainda é visto como alguém que é diferente e assusta

e é aí que reside parte do estigma; a doença mental ou psiquiátrica do dia-a-dia, como a depressão ou a ansiedade, que origina tantos ou mais dias de baixa do que as outras, é vista ainda como uma espécie de falha de carácter e não como doença.

Como avalia o estado da arte da saúde mental em Portugal?

MT – É bom! Estamos ao nível dos estrangeiros. Uma coisa é o que fazemos e o reconhecimento que temos nos pares internacionais, outra é a organização que temos no país para que, por exemplo, a investigação tenha produção visível lá fora... isso falta. Falta uma rede nacional de investigação na psiquiatria e na saúde mental que nos habilite, por exemplo, a concorrermos a fundos em paridade de oportunidades com outros colegas de países que têm essas redes.

Quer dizer que o poder político não está preocupado com a saúde mental?

MT – É capaz de estar preocupado mas não o mostra.



Manuela Fraga

Da sua comunicação emerge uma dúvida: será o consumidor um doente ou ficará este doente por consumir?

Manuela Fraga (MF) – A apresentação começa exatamente por aí: saber o que está antes e depois do consumo, é doente ou fica doente?. Sabemos que nem sempre é uma coisa ou outra... por vezes, até são as duas em simultâneo, no mesmo doente... Às vezes, percebemos que existe uma doença prévia que promove o consumo de substâncias, do mesmo modo que sabemos que também existe doença desencadeada pelo consumo de substâncias. E, às vezes, as duas coisas coexistem na mesma pessoa. Temos que observar o doente, colocar o foco no mesmo e perceber o que se passou naquela circunstância especial: se foi a doença que

promoveu o consumo ou se a doença foi desencadeada por alguma substância.

Recorrendo a uma temática que está na ordem dia, será afinal a canábis inócua ou não?

MF – Não é inócua, de todo! Não é por acaso que está inscrita na categoria de alucinogénio... em muitas circunstâncias, promove o surgimento de doença psicótica ou de, pelo menos, um quadro psicótico agudo, às vezes mantido no tempo. Os estudos apontam claramente para uma relação entre o consumo diário de doses elevadas de canábis e o surgimento de um quadro psicótico, revelando que estas pessoas estão cinco vezes mais propícias ao surgimento da doença psicótica do que alguém que não consuma, o que já é significativo. O facto de haver ou não depois uma patologia residual terá, na minha opinião, muito a ver com a vulnerabilidade do indivíduo, com um fenótipo especial para desencadear uma doença psicótica que seria despoletada então pelo consumo da canábis.

Também parece ter ficado claro, a partir da sua apresentação, que estamos perante uma substância que causa dependência...

MF – Causa uma dependência psicológica e é muitas vezes usada como automedicação... Por outro lado, também causa dependência porque os efeitos que tem, ao nível da dopamina, por exemplo, levam a que, com a continuidade do consumo, exista uma depleção da dopamina e um défice cognitivo que daí resulta leva a que a pessoa fique mais apática. É o tal síndrome amotivacional que se associa muitas vezes ao consumo da canábis e que origina também, muitas vezes, um consumo mais regular... Enfim, é um ciclo vicioso que incapacita a pessoa para os desafios da vida. Aniquilando o eu-stress boicota o auto-desenvolvimento.

Temos assistido a uma discussão na sociedade portuguesa em torno dos benefícios potenciais do uso de canábis, estando presentes contextos como o uso fumado, recreativo e terapêutico... Que visão tem sobre esta temática?

MF – Está provado que alguns dos elementos que compõem a canábis melhoram alguns sintomas, como a espasticidade devido à esclerose em placas da doença neurológica, tendo também um efeito anti emético nas náuseas provocadas pela quimioterapia... Haveria algumas circunstâncias, que se estenderão ainda ao glaucoma ou a epilepsia, em que poderíamos obter benefício a partir do uso de alguns alcalóides, não de todos. Não estamos a falar de uma planta, daí não ser favorável à legalização e ao consumo banalizado da canábis enquanto planta mas reconheço alguns efeitos benéficos nalguns elementos contidos na canábis.

João Goulao Comportamentos Aditivos

Numa mesa presidida por Carlos Ramalheira e Ana Feijão, sobre os comportamentos aditivos e dependências, substâncias, indivíduos e as abordagens, João Goulão o estratega da ENL-CD falou sobre o Modelo Português, e levou a plateia pelo decurso da história da intervenção nas drogas e na toxicodependência.

O fenómeno da droga em Portugal, nos anos noventa era um grave problema social e de saúde pública, em particular no que dizia respeito ao consumo problemático de heroína. Na altura as estimativas apontavam para um número muito próximo dos 100 mil utilizadores de heroína. Tratava-se de uma população altamente fragilizada sob o ponto de vista social, e o seu consumo era na sua esmagadora maioria por via endovenosa. Talvez isto explique o facto do problema da toxicodependência ser na altura uma das principais preocupações dos portugueses. Hoje, pouco ou nada se fala desta problemática.

Portugal é um exemplo para o mundo, é reconhecido e admirado internacionalmente, mas, muitas vezes ostracizado e até maltratado internamente... Não se pode ignorar a história e o trabalho destes profissionais que baseiam toda a sua intervenção na centralidade no cidadão, reconhecendo os princípios basilares da dignidade humana e na salvaguarda e defesa dos direitos humanos, no conhecimento, inovação, pragmatismo, cooperação, confiança e transparência.



Nesse sentido, o que lhe parece esta ideia de o próprio doente poder plantar em sua casa a canábis?

MF – Muito sinceramente, acho um disparate! É colocar mesmo no mesmo saco benefícios terapêuticos e questões políticas que nada têm a ver com a saúde das pessoas ou sequer com a necessidade da legalização.

Finalmente, classificou ali a canábis como uma substância com potenciais efeitos alucinogénios...

MF – Porque poderá, de facto, desencadear surtos psicóticos, caracterizados pelo delírio de conteúdo persecutório, com muita agitação associada. São essas ideias delirantes e absurdas, porque o indivíduo não tem crítica, acreditando verdadeiramente naquela realidade, que podem resultar nalguns comportamentos hétero-agressivos como tentativa de defesa pessoal.



Alexandra Almeida

Retive da sua comunicação que a abstinência é impossível ou, pelo menos, praticamente impossível... Assim sendo, qual será a alternativa?

Alexandra Almeida (AA) – Não se trata de a abstinência ser impossível... Em termos de consenso científico, o que se diz hoje em dia é que, de facto, uma pessoa que seja muito dependente do álcool tem muito pouca probabilidade de vir a retornar um consumo dito "normal". Portanto, para ele, o mais indicado é a abstinência total. Agora, o que sabemos é que muitos doentes não aceitam como opção a abstinência total. E enquanto, de alguma forma, pelo modelo médico estes doentes eram postos de parte por não estarem muito motivados, estas abordagens mais pragmáticas dizem-nos que mais vale começar a trabalhar com este doente no sentido de reduzir o consumo. Até porque esta é muitas vezes uma forma de ele se aperceber



que não consegue reduzir o consumo e que terá de deixar de beber. E mesmo que não passe para uma segunda etapa, a abstinência total, a verdade é que ao diminuir o consumo está a diminuir danos para si e para os outros. É sempre uma melhoria da saúde e da qualidade de vida e permite uma abertura dos serviços a um maior leque da população que nos procura. Muitos desses doentes vêm obrigados, por medidas judiciais, a submeter-se a uma avaliação, mercê de processos de condução sob o efeito do álcool ou de violência doméstica. São pessoas que vão aos serviços muito contrariadas, que acham que não têm um problema e seria completamente desadequado que a primeira abordagem consistisse em dizer-lhes que nunca mais poderão beber. Desde logo, têm que ser motivados a perceberem qual é a sua relação com o álcool e o que poderão fazer para a melhorar. No caso da violência doméstica, procuramos estabelecer claramente a relação entre o comportamento de consumo e o aumento da resposta violenta. O que pretendemos, nesse caso, é deixar a porta aberta para que o doente perceba que existem formas mais saudáveis para lidar com os problemas, que o álcool não é uma resposta e que beber menos lhe dá mais liberdade.

Quer dizer que é possível fazer-se redução de danos no álcool?

AA – Esta é uma das formas. Para as pessoas que não conseguem ou não querem deixar de beber, a redução de danos passa por estratégias para reduzir os consumos e suas consequências, sob o primado do pragmatismo e do humanismo. Da mesma forma, nos doentes já fisicamente muito debilitados, deve-se minimizar as consequências orgânicas do consumo excessivo, por exemplo prescrevendo tiamina, ou procurando diminuir a probabilidade de vir a contrair doenças infecciosas, ou providenciar suportes sociais tratando que tenham alimentação e cuidados básicos através de estruturas de apoio. Mas as estratégias de redução de danos vão muito além desta perspectiva, de alguma forma nova no campo do álcool. As medidas de redução de danos podem também passar por, em determinados bares, substituir os copos ou garrafas de vidro normal por vidro temperado para diminuir danos resultantes da agressividade. Passam também, pelas medidas restritivas sobre nomeadamente a condução e o uso de álcool, e que têm feito muito pela diminuição do seu consumo e para que este seja visto pela população em geral de outra forma. A atestar a importância deste trabalho a OMS tem, desde há vários anos, uma estratégia global que visa reduzir os danos relacionados com o consumo de risco do álcool.





Simpósio Patrocinado LUNDBECK: Depressão e funcionamento

Novas moléculas para o tratamento da depressão mantêm eficácia e melhoram perfil de tolerabilidade do fármaco

Autora: Augusta Vieira-Coelho

Augusta Vieira-Coelho foi uma das preletoras convidadas a partilhar conhecimentos e práticas no âmbito do XIII Congresso Nacional de Psiquiatria. É doutorada em Medicina (área de Farmacologia), docente na FMUP e Psiquiatra no Departamento de Psiquiatria do Centro hospitalar de S. João Apresentou a comunicação Serotonina e cognição: relevância dos antidepressores multimodais. Dependências conversou, no final, com a docente da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Do que estamos a falar, afinal de contas, quando elegemos como tema a depressão?

Augusta Vieira-Coelho (AC) – Estamos a falar de uma doença, que tem um conjunto de sintomas e que tem um grande impacto na funcionalidade dos doentes, nas suas emoções e no sofrimento que causa. Sendo uma doença, tem tratamento e está padronizada uma série de antidepressores eficazes para o seu tratamento. Como médicos, creio que devemos também pensar que a depressão tem que ser tratada até ao fim. A pessoa tem que ficar bem sob todos os pontos de vista: se, além de se sentir melhor, voltou ao seu trabalho, se sente bem em família, se consegue divertir-se, concentrar-se...

Em que medida urge que esses sintomas sejam detetados logo ao nível do médico de família?

AC – Claro que sim. São aliás os médicos de família que vêem pela primeira vez estes sintomas e estas pessoas que recorrem aos cuidados de saúde primários, como aliás considero que deve ser. E, muitas vezes, a depressão pode ser tratada por esses clínicos. Se o doente não responde adequadamente, no tempo certo ou não remite totalmente, então considero importante o acompanhamento na especialidade. É óbvio que, da vertente farmacológica, um psiquiatra está dotado de outras competências e capacidades para ajudar no tratamento do doente, sendo que a psicoterapia também presta aqui um papel fundamental... O ideal seria termos a possibilidade de toda a gente com depressão ter acesso a um tratamento com psiquiatra...

Acredita ser possível prevenir a depressão?

AC – Pode prevenir-se... Creio que depende da natureza da depressão e acrescentaria que todos nós deveríamos estar atentos e pensar de que forma poderemos prevenir a depressão: com vertentes comportamentais, atividade física regular, estar com a família e organizar o tempo também em função do tempo dedicado a quem as pessoas amam... Agora, haverá também pessoas, num contexto mais marcado pela carga genética e pela hereditariedade, que, mesmo que tudo esteja a correr bem, podem deprimir... por vezes até de forma muito grave, o que designamos como depressão endógena... E não sei se essas se podem prevenir... Haverá aqui duas populações e diria que nem sempre se pode prevenir. Mas entendo que se deve divulgar ao máximo o que é a depressão como doença e que comportamentos pode o ser humano adotar para a evitar.

Em que medida contribui hoje a farmacologia para uma melhor intervenção sobre a depressão?

AC – Gostava que tivéssemos mais fármacos. Ainda não temos muitos... Acho que ainda trabalhamos com fármacos que têm muitos anos de existência, quatro décadas, o que, se por um lado representa uma vantagem porque os conhecemos bem quanto a efeitos benéficos e adversos, a verdade é que não se evoluiu muito. Refiro-me a aspetos como a causalidade da doença ou de novos alvos... Mais recentemente, temos visto algumas moléculas que são mais "puras" ou precisas na sua forma de atuação. Não sendo tão "sujas", ajudamos mais porque os doentes têm menos efeitos adversos. Antigamente, para curar uma depressão, a pessoa tomava medicamentos que lhe deixavam a boca

seca, ficava com obstipação, com sono, sedada... não conseguia funcionar. Hoje em dia, embora não tenhamos elevado o grau de eficácia, mantemos um doente que pode ser totalmente funcional, porque não está "a dormir", a aumentar o peso, não se sente sedado, tonto ou obstipado... E isso é muito bom. Em suma, temos hoje em dia medicamentos mais limpos e com alvos muito mais seleccionados, colocando de lado outros receptores que não revelavam qualquer interesse para o tratamento. Desta forma, mantemos a eficácia e melhoramos o perfil de tolerabilidade do fármaco, o que é muito positivo para o tratamento da depressão.

Ainda do ponto de vista farmacológico, e não só, do tratamento da depressão, que sentido fará prestar uma especial atenção à prevenção da recaída?

AC – Sim, prevenir a recaída é fundamental. E muitas vezes os doentes abandonam a medicação porque se sentem bem... É um trabalho que o próprio médico tem que fazer com o doente. Neste caso em particular, existem estudos que demonstram que, ao contrário do que sucede relativamente a outras patologias, é importante manter a medicação durante algum tempo, pelo menos um ano depois de o doente estar bem, especialmente no primeiro episódio. E existem doentes que já tiveram mais do que um ou dois episódios para os quais a grande maioria dos estudos aponta para uma utilização mais prolongada.

O que traz de novo a este congresso através da sua comunicação?

AC – Vou tentar explicar algo difícil em termos farmacológicos... Quando tratamos a depressão, basicamente, os médicos pretendem aumentar os níveis de aminas no cérebro, entre as quais, a mais importante, a serotonina... Existem muitas maneiras de aumentarmos os níveis de serotonina no cérebro e quase todos os antidepressores o fazem. O que vou tentar explicar é que os novos fármacos tentam fazer algo mais: apontam para os alvos mais importantes da serotonina. Adotando aqui uma analogia com a caça, diria que se trata de utilizar uma arma e um tiro de menor calibre mas de muito maior precisão, com muitos menos efeitos adversos em termos de alvo... Basicamente, vou falar sobre estes novos fármacos, que se chamam multimodais porque atuam em vários locais de formas diferentes. E foram desenvolvidos para a depressão mas também para melhorar aspetos específicos da mesma, nomeadamente a cognição: a memória, a flexibilidade de pensamento, a rapidez. É algo novo. A Vortoxietina tem a vantagem de ser um fármaco totalmente único no mercado. Acho que os investigadores tiveram alguma sorte e nós também.