

I Congresso Mundial da Associação Mundial de Patologia Dual e V Congresso Internacional da Sociedade Espanhola de Patologia Dual:

Novo paradigma na neurociência para entender a saúde mental

A capital espanhola, Madrid, acolheu do dia 23 a 26 de Março o primeiro congresso mundial da Associação Mundial de Patologia Dual, evento que coincidiu com a realização em simultâneo do quinto congresso internacional da Sociedade Espanhola de Patologia Dual. O evento foi subordinado ao tema Dual Disorders – Addictions and other mental disorders e ofereceu uma oportunidade de actualização face ao estado da arte da patologia dual no início do século 21, fomentando a partilha de opiniões e lançando direcções futuras de desenvolvimentos que se afiguram emocionante nesta nova área.

Além das novidades em pesquisa e prática clínica, o congresso centrou-se em compreensões e conhecimentos sobre neurociência em transtornos duais. O lema “Novo paradigma na neurociência para entender a saúde mental” configurava um desafio aliante e cativou a presença dos principais especialistas de todo o mundo, que forneceram insights sobre suas áreas de especialização com formatos inovadores e atraentes. Houve lugar para sessões planeadas com pacientes, familiares e grupos de cuidados, bem como sessões com outras organizações parceiras.

A Associação Mundial de Patologia Dual está empenhada em melhorar os cuidados de saúde de doentes mentais com distúrbios duplos em qualquer nação através do aumento dos padrões de formação, educação, bem como a prática clínica por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e outros profissionais de saúde mental.

Este congresso foi assim uma excelente oportunidade para partilhar desenvolvimentos académicos, descobertas de pesquisa e experiências na prática clínica, resultando igualmente num fórum para uma melhor e mais estreita interacção social.

Dependências marcou presença no evento e registou declarações de Miguel Casas, Presidente da SEPD, Francisco Babin, Delegado do governo espanhol para o Plano Nacional de Drogas, Nestor Szerman, Presidente da FEPA, e de Nora Volkow directora da NIDA, do psiquiatra espanhol Antonio Teran, do uruguaio Gabriel Rossi e do colombiano Guillermo Castanho.



**FRANCISCO BABIN,
DELEGADO DO
GOVERNO ESPANHOL
PARA O PLANO
NACIONAL DE DROGAS**
*“Em Espanha
apostámos numa
abordagem
integral”*

“Desde a perspectiva de alguém que assume a responsabilidade no Governo de Espanha de representar este país nos fóruns internacionais, devo salientar a relevância da realização deste congresso. Na semana passada, assistíamos à 60ª edição da Comissão de Narcóticos da ONU... Corresponde a muito tempo de trabalho no sistema das Nações Unidas e a muitas opiniões de vários países, procurando melhorar no dia-a-dia as políticas sobre drogas. Como não poderia deixar de ser, na semana passada deu-se ênfase aos acordos alcançados no ano passado, em Nova Iorque, na Sessão Especial da Assembleia Geral, realizada precisamente para rever essas políticas e para salientar o conceito de saúde pública na abordagem das adições. Creio que será muito importante tudo o que possamos potenciar entre todos, relevando neste contexto a iniciativa da Associação Mundial de Patologia Dual, da Sociedade Espanhola de Patologia Dual e da Fundação, a colaboração permanente da NEIDA. Reitero que é de fundamental importância que potenciemos entre todos este tipo de eventos enquanto forma de cristalizar e de fazer avançar o conhecimento científico, que tem que ser a base de desenvolvimento destas políticas. E existem ainda outras questões extremamente relevantes, como as respeitantes aos direitos humanos ou a coo-





peração entre países em temas como a exposição de populações às redes de narcotráfico.

A Espanha cabe o dever e orgulho de, há muitos anos, ter vindo a favorecer o progresso do conhecimento, do conceito e da abordagem do paciente com patologia dual. Todos os espanhóis sabem que, no Plano Nacional sobre Drogas, apostámos numa abordagem integral, de carácter biopsicossocial e consideramos a influência dos distintos fatores relacionais sobre o desenvolvimento do problema das adições a nível individual e coletivo. Mas temos que assumir que é necessário continuar a investigar, a procurar o conhecimento, a melhorar todas estas políticas perante um problema que está longe de se considerar controlado.

Termino felicitando a iniciativa deste Congresso Mundial e deste V Congresso Internacional da SEPD e felicitar todos os que tomaram a sábia decisão de estar aqui hoje e desejando que as sessões nos proporcionem a possibilidade de compreendermos cada vez melhor a problemática, algo fundamental na hora de definir políticas e de melhorar a qualidade assistencial aos nossos pacientes”.



**MIGUEL CASAS,
PRESIDENTE DA
SOCIEDADE
ESPAÑHOLA DE
PATOLOGIA DUAL
(SEPD)**

**“Uma boa praxis
profissional exige
tratamentos
integrados”**

“Quando explicas pela primeira vez a alguém, como o faço vulgarmente até a jornalistas, o que é a Patologia Dual e se os teus destinatários o entendem, tudo fica claro... Admitem mesmo que tal explica muito do que observam em seu redor... Mas logo questionam quando inventámos esta classificação. Então, temos que elaborar um processo didático e recuar 30 anos, aos tempos em que se haviam encerrado os manicómios, onde o tratamento do paciente era feito de forma desumanizada, quando os pacientes conquistaram autonomia pessoal e passaram a viver com as suas famílias, demo-nos conta de que o grande consumo que faziam de nicotina e de cafeína nos antigos manicómios foi dando lugar ao consumo de drogas ilegais. Inicialmente, pensámos tra-

tar-se de uma debilidade do espírito e falta de vontade. Mas nós, que éramos ainda jovens naquela altura, entendemos que não poderia ser assim... Durante muitos anos, tentámos batalhar para que a psiquiatria oficial considerasse que as drogas faziam parte da evolução dos quadros clínicos psiquiátricos, sobretudo os mais graves e os profissionais que trabalhavam em adições entenderam que, se não se considerasse uma psicopatologia, não iríamos ganhar a batalha das drogas.

Há 20 anos, Néstor Szerman organizou, aqui em Madrid, o que viria a constituir o núcleo da SEPD, um processo que visava ir-nos adaptando às necessidades dos pacientes que, face ao aumento progressivo da disponibilidade de drogas no mercado, consumiam cada vez mais. Falo de canábis, álcool, cocaína e heroína. A SEPD, que presido, assume fins científicos e por isso estamos a organizar este congresso. Já a Fundação Espanhola de Patologia Dual, presidida por Néstor, elege como objetivo aproximar-se das famílias e dos pacientes, lutar contra o estigma, procurar que a população entenda que estamos efetivamente perante um problema real e que os colegas que trabalham em adições saibam que não se pode contemplar a psiquiatria hoje em dia sem as adições nem se podem contemplar as adições sem a psiquiatria. Quem separa as duas fracassa. Os tratamentos têm que ser integrados. Num paciente que tenha um problema psiquiátrico e que consuma canábis, não podemos dizer-lhe que iremos procurar que deixe primeiro de consumir e que logo veremos o resto... Isso corresponde a uma absoluta falta de ética. Uma boa praxis profissional exige tratamentos integrados.

Finalmente, perante uma plateia composta por centenas de assistentes estrangeiros e todos os amigos espanhóis, só posso acreditar que este congresso será um grande êxito”.



**ANA VOLKOW,
DIRETORA DA NIDA**

**“A ciência já
nos demonstrou
que a canábis
não é uma droga
benigna”**

Durante uma hora, Nora Volkow, usou imagens, falou da investigação, da evidência científica, das diferenças no desempenho, nas provas neuro psicológicas, nas estruturas e funções do cérebro em consumidores de canábis e a comparação com os não utilizadores.

“A evidência e as alterações na estrutura e na função do cérebro em consumidores de canábis é incongruente, e ambos os campos necessitam de mais investigação”.

“Existem evidências pré-clínicas e clínicas disponíveis que apoiam a visão de que o uso de canábis leva a um estado de “falta de motivação”, disse Volkow. O termo “falta de síndrome de motivação para a canábis” é caracterizada por apatia e dificuldade de concentração”. Disse também que a longo prazo, o uso intensivo da canábis está associado a problemas como a motivação, a me-

mória e a aprendizagem, e que o uso regular leva ainda ao abandono escolar prematuro.

Existe também uma controvérsia persistente em relação a saber se a canábida pode desencadear transtornos psiquiátricos, psicóticos e esquizofrenia. “Reconhece-se que a canábida com alta concentração de THC pode desencadear um episódio psicótico agudo” disse Nora Volkow.

No entanto, adverte que todavia se está a debater o grau pela qual a canábida pode ocasionar a esquizofrenia. Apesar do consenso, claro de que o consumo de canábida nas pessoas com risco de esquizofrenia poder desenvolver a doença e agravar a sua evolução.

Em doses muito altas, sabe-se que o THC desencadeia sintomas esquizofrénicos positivos e negativos.

Os estudos também demonstram uma relação entre o consumo de canábida e a esquizofrenia nos casos em que o uso da canábida surge antes da psicose.

“A relação entre o uso de cannabis e psicoses crônicas (incluindo um diagnóstico de esquizofrenia) é mais forte em indivíduos que tiveram uso intenso ou frequente de cannabis durante a adolescência, o uso precoce ou uso de cannabis com uma alta potência THC”, observou Volkow.

“Com base nestes estudos, estima-se que o uso continuado da cannabis aumenta o risco de esquizofrenia cerca de dois pontos e contribui entre 8% a 14% dos casos, de modo que a utilização frequente ou cannabis com elevada potência THC aumenta seis vezes o risco de esquizofrenia”.

Volkow adverte que persiste uma controvérsia legítima sobre o quanto o consumo de cannabis contribui para a psicose e a medida em que a cannabis pode desencadear psicose em pacientes que têm uma predisposição genética para a doença.

A investigação é necessária, para responder a um número adequado de questões fundamentais para podermos ter uma ideia clara dos danos potenciais sobre o consumo da cannabis.

A primeira questão é, saber quais os efeitos do consumo da cannabis?

Volkow diz que não está claro se os efeitos da canábida em pessoas com uso excessivo também se aplicam àqueles que usam cannabis de uma forma casual.

A segunda questão é a de saber em que idade a canábida é mais prejudicial.

O que está claro para os investigadores é que a cannabis tem efeitos negativos sobre os consumidores adolescentes, mas também pode ter efeitos negativos sobre os mais adultos que experimentam mudanças cerebrais e disfunção cognitiva associada com

a idade, o que poderia torná-los mais suscetíveis a efeitos tóxicos da droga.

“Os médicos estão numa posição chave para ajudar a evitar o transtorno por consumo de canábida” disse Nora Volkow. “Isto exigirá que avaliem o consumo de canábida por adolescentes e adultos jovens e que intervenham para evitar o seu consumo adicional”.

Nos casos em que o adolescente ou a pessoa jovem já sofra o transtorno, os médicos devem adaptar as suas intervenções levando em conta a gravidade do transtorno e a apresentação de alterações concomitantes como a ansiedade e a depressão.

“A ciência já nos demonstrou que a canábida não é uma droga benigna. A morbidade e a mortalidade inerente as drogas legais, são muito maiores que as drogas ilegais, não porque as drogas sejam mais perigosas, mas porque o seu estado legal as põe mais acessíveis, e uma maior percentagem da população está exposta a elas com regularidade” disse.

“O movimento de “normalização” actual exerce pressão e esquece a evidência científica e as consequências negativas da canábida para a saúde e esta omissão está a prejudicar e a minar os nossos esforços de prevenção ao diminuir a percepção dos riscos e danos ao incrementar o consumo em pessoas jovens, que é uma população mais vulnerável aos efeitos nocivos do consumo habitual da canábida”.



ANTONIO TERAN

**“A neuro-
adaptação,
gera e faz
perpetuar a
adição”**

Seremos afinal todos pessoas de risco ou não?

Antonio Teran (AT) – Seremos pessoas de risco se consumirmos substâncias. Não existem drogas duras e leves. Todas são drogas. Todas as drogas actuam sobre o sistema nervoso central e podem produzir manifestações do tipo psiquiátrico, desde perturbações de ansiedade, transtornos depressivos ou até psicóticos. Como tal, seremos pessoas de risco pelos efeitos directos



das substâncias tóxicas e porque podemos ter factores de vulnerabilidade pessoal que fazem com que tenhamos uma resposta diferente da que têm outras pessoas.

No domínio dos transtornos mentais, fala-se de depressão, demência, esquizofrenia... Quanto às adições, dever-se-á falar em transtorno ou em consequência?

AT – As adições enquadram-se no transtorno mental, classificado nos guias internacionais, como o DSM 5. Trata-se de mais um transtorno, que tem uma componente biológica, uma componente psicológica e uma componente social. O mesmo que se aplica à esquizofrenia, ao transtorno bipolar, aos transtornos neuróticos ou de ansiedade.

Então, não fará sentido separar as adições das doenças mentais?

AT – Não. Não faz qualquer sentido. As adições têm que se situar no domínio das doenças mentais porque se tratam de enfermidades do sistema nervoso central.

E os consumidores... fazem-no porque são psicóticos ou assim ficam depois de consumirem?

AT – Boa pergunta... Diria que é pelas duas coisas. Existem pacientes que têm uma psicose e consomem porque, de alguma maneira, essas substâncias lhes aliviam sintomas da sua psicose, como sucede com a sintomatologia negativa associada ao álcool ou à cânabis ou os sintomas associados aos efeitos secundários dos anti-psicóticos. E também existem algumas drogas que produzem sintomas psicóticos, como sucede com o consumo de cânabis, de metanfetaminas ou de cocaína e estas podem produzir psicoses. No fim, trata-se de um só transtorno que tem diferentes entradas...

O que distingue uma doença do foro biopsicossocial de uma doença mental?

AT – A doença mental tem componentes biológicos, psicológicos e sociais. Não há que estabelecer qualquer diferença. Podemos também falar de uma componente ecológica ou ambiental porque, por vezes, estes constituem causas dessas doenças mentais... Aqui em Espanha está na ordem do dia uma discussão em torno de uma queixa apresentada por uma população que reside próxima de uma pista do aeroporto de Barajas devido ao ruído... Isto pode originar quadros de ansiedade, problemas de insónia e quadros depressivos reactivos a essa situação de insónia. Existe uma série de elementos que influem para que o sistema nervoso central da pessoa adoça.

Todos consumimos substâncias de forma social e recreativa... E depois?

AT – Sim, é verdade que consumimos substâncias de forma social e que nos dão prazer e, depois, quando por factores de vulnerabilidade e outros que influenciam o desenvolvimento de uma dependência, o consumo passa a fazer-se para evitar o desprazer. Uma vez produzido o fenómeno da neuro-adaptação, surgem os sintomas de abstinência e mal-estar, o que gera e faz perpetuar a adição.



**GABRIEL ROSSI,
URUGUAI**

*“No Uruguai
fala-se muito
do modelo
português”*

Do Uruguai surge uma importante questão relacionada com a legalização da marijuana... Poder-se-á discutir este tema sob a perspectiva da utilização recreativa ou apenas os fins medicinais justificam, enquanto argumento plausível, essa opção?

Gabriel Rossi (GR) – No Uruguai, de acordo com o governo, não se trata de uma liberalização nem legalização mas antes de uma regulação do mercado como nunca se fez, porque se trata de uma regulação estatal, em que a única entidade produtora e vendedora é o Estado. Na base da decisão está o reconhecimento da existência de um consumo recreativo e de um consumo industrial, que tem a ver com a fibra do cânhamo, e que existe também um consumo medicinal. Dentro da lei da cânabis, existem três artigos bem distintos que diferenciam estes três usos. Foi uma lei muito discutida e nem por todos aceite. Diria mesmo que a maioria da população está contra a lei.

E porquê regular a substância marijuana e não as demais?

GR – Porque se constatou que poderia ser uma via de regulação contra outra substância, a pasta base de cocaína, que estava muito associada à delinquência. Foi uma espécie de tentativa de





regular o narcotráfico através da droga mais vendida por este. É algo que pode ser discutido mas esta foi a razão política que determinou que fosse apenas a marijuana a substância regulada.

Contudo, vocês, profissionais da saúde e a própria evidência científica vão demonstrando que a marijuana apresenta potenciais efeitos psicóticos bastante danosos...

GR – Sim, e isso também o reconhecem as pessoas do governo do Uruguai, que estão preocupadas com todas as possíveis complicações do ponto de vista sanitário. O discurso não é que a marijuana é inócua... O discurso é: o que está no mercado ilegal gera riscos acrescidos aos já existentes nas substâncias e, então, diminuamos estes riscos e vendamos uma marijuana com determinada percentagem de THC e CBD e esperemos um pouco para vermos o que sucede. Como dizia o anterior presidente do Uruguai, esta foi uma experiência e há que ir avaliando. Existem controlos muito restritos, parlamentares e executivos, e estamos todos muito expectantes. Temos alguns grupos, como o dos psiquiatras, totalmente contra mas a verdade é que esta é a lei actual, está em vigor e a ver vamos o que se passará.

Continuo a insistir que não é propriamente fácil de entender, à luz da saúde pública e da evidência, por que se regula uma substância apenas...

GR – Sim... Perguntaram isso ao presidente da república, que é médico, e ele disse que talvez se devesse regular todas... Neste momento, estamos numa missão muito complexa, que consiste em tentar regular o mercado do álcool que, no nosso caso, é desregulado e, uma vez que é o mercado que marca os padrões e directrizes, temos consumos desenfreados. Posso afirmar que tivemos muito êxito relativamente ao tema do tabaco, não sabemos o que se passará relati-

vamente ao tema canábis e esperamos ter igualmente êxitos relativamente ao álcool. Estamos num processo de regulação do Estado... fala-se muito do modelo português e do holandês mas, repare: este não é o modelo português, nem o holandês nem tão pouco o do Colorado, onde o consumo se encontra totalmente liberalizado e existem empresas a vender. É o modelo uruguaio e lá só o Estado vende. Pode ser discutível mas trata-se de uma realidade muito distinta.



GUILHERMO CASTANHO, COLÔMBIA

“O mundo aprendeu muito com o modelo Português”

Quando falamos da Colômbia, estamos perante um país que produziu muitas mudanças num passado recente: o conflito armado está praticamente solucionado e pergunto-lhe que influência poderá ter a paz quanto ao problema do narcotráfico, sobretudo de cocaína, na Colômbia?

Guilherme Castanho (GC) – O que se está a passar na Colômbia, com a assinatura dos acordos de paz, é que, dentro dos pontos para chegar a essa desejada paz, há um tema relacionado com a redução da oferta de drogas e com a redução da procura e consumo. Relativamente à redução da oferta, propôs-se a erradicação de cultivos, através de duas vias: uma erradicação manual, previamente negociada com os cultivadores e, complementarmente, a substituição dessas culturas com apoio económico a esses camponeses. Basicamente, o acordo prevê compensações a esses pequenos cultivadores e não para os grandes mas, na verdade, na Colômbia, já existem grandes extensões de cultivo e narcotraficantes são poucos. São pequenos mas muitos os cultivadores que continuam a produzir para esses poucos narcotraficantes. No entanto, sobretudo com a folha de coca, assistimos a um fenómeno de aumento do cultivo a rondar os 90 mil hectares... Por outro lado, há cerca de um ano e meio, por indicação da OMS, o país suspendeu a fumigação com recurso ao gliosato, considerada uma substância cancerígena, o que restringiu a tarefa à via manual, muito mais lenta e difícil de concretizar...



A propósito, existe uma questão com a qual os europeus não estão muito familiarizados... Haverá ou não que distinguir a folha de coca e o seu cultivo com a cocaína?

GC – Sem dúvida! A verdade é que, nalgumas culturas latino-americanas, a folha de coca é parte de um património cultural, em que muitos indígenas a consomem para muitos outros fins e extraem mesmo produtos alimentícios a partir da mesma. Mas se isso se aplica por exemplo à Bolívia, na Colômbia essa expressão é muito reduzida. A grande maioria é constituída por pequenos cultivadores que não o fazem por questões culturais mas sim para vender a traficantes que produzem a pasta base de coca e vendem cocaína.

Que diferenças existem entre o que vocês, colombianos, designam de basuco, a tal pasta base de coca, e o crack?

GC – A pasta base de coca é um produto intermédio na produção de cloridrato de cocaína. As folhas de coca, com carbonatos, com ácido sulfúrico e outros dissolventes constituem a pasta base de coca ou basuco. A essa pasta base de coca acrescentaram outros dissolventes e ácido clorídrico e se constituiu o cloridrato de cocaína ou cocaína. O crack é cloridrato de cocaína muito puro, que pode ser fumado, por exemplo no caso do crack com bicarbonato e água aquecido num cachimbo. Concluindo, o crack é uma forma fumável de cloridrato de cocaína mas o basuco não é cloridrato de cocaína. Agora, os efeitos neurofisiológicos, tanto do basuco como do crack, são praticamente os mesmos e têm mais ou menos as mesmas funções.

Sendo um cidadão da América-latina e estando esta questão na agenda dos vossos países, acredita que a regulação da canábis poderá ser uma solução viável?

GC – Creio que a legalização da marijuana, tanto para uso recreativo, como para usos terapêuticos, como o meu país aprovou, solucionará de alguma maneira alguns problemas relacionados com a violência, a corrupção, o narcotráfico e outras situações do género. No entanto, do ponto de vista da saúde pública, não solucionará porque as pessoas consumirão ou continuarão a consumir e voltarão a surgir surtos psicóticos, síndrome motivacional, dependência... Penso que se beneficiaria muito, isso sim, com a descriminalização dos consumidores, o que indubitavelmente, favorecia uma normalização na sociedade, que os passaria a ver com pessoas que carecem de cuidados sociais e de saúde. A esse nível, devo admitir que todo o mundo aprendeu muito com o modelo português, quando o vosso país lançou, há muitos anos, a proposta de ver os consumos dessa perspectiva e não “judicializar” os consumidores.



Em conferência de imprensa, Nestor Szerman referiu que a prevalência em Espanha de doentes com patologia dual é superior a 50% dos doentes que recorrem aos centros de saúde mental e de centros especializados em dependências. Na verdade, apenas 10% das pessoas que têm contacto com algum tipo de substância aditiva, como o tabaco, álcool, cocaína, heroína, etc. correm o risco de sofrer uma adição.

Segundo Nestor Szerman, vários estudos realizados em Espanha, os transtornos mentais mais frequentes junto deste tipo de doentes são do tipo afetivo, quer dizer, depressão, ansiedade, transtorno do sono, assim como transtornos de personalidade, esquizofrenia ou bipolaridade, sendo que estes dois últimos são afecções mais complexas. “Existe evidência científica que demonstra que para a disponibilidade a certas substâncias, existem factores biológicos e genéticos que condicionam a vulnerabilidade individual e sofrer de algum tipo de doença mental como as dependências”, explica Néstor Szerman. “Temos de entender que o futuro dos tratamentos reside em compreender e tratar a pessoa, não a substância de que ele é dependente. Esta mudança de paradigma supõe um impacto qualitativo no tratamento dos nossos doentes”.

