

“NÃO CONHECEMOS O SUFICIENTE SOBRE O FUNCIONAMENTO DO CÉREBRO”



Gerardo Flores

Assistimos à sua apresentação, subordinada à abordagem ao paciente com depressão, durante as Jornadas da Socidrogalcohol e ficamos com uma dúvida: conhecemos ou não o cérebro humano?

Gerardo Flores (GF) – Diria que conhecemos mais do que antes conhecíamos mas não o suficiente, nem do mesmo modo que um cardiologista conhece o coração ou um pneumologista conhece os pulmões. Estes sabem como funciona na normalidade, ao detalhe, e sabem o que se passa quando determinada função se altera, ao passo que nós não sabemos como funciona o cérebro com normalidade, no sentido de como gera um pensamento ou uma emoção. Há muitas ideias, a investigação melhorou muito mas não sabemos do mesmo modo como um cardiologista sabe face à sístole ou a diástole. Em suma, não conhecemos como deveríamos o funcionamento da mente e do cérebro e, como tal, quando funciona mal, o mesmo sucede. É verdade, não conhecemos o suficiente sobre o cérebro.

Mas sabemos que a depressão é uma doença...

GF – Sim, sabemos que a depressão é uma doença mas creio que não soubemos transmitir isso à população em geral. Muita gente continua a pensar que depressão é sinónimo de estar apenas triste e que o que deve fazer-se é animar a pessoa. Não entendem que é uma

doença que manifesta tristeza acompanhada de outros sintomas que tornam difícil que a pessoa se anime espontaneamente apenas por via de bons conselhos.

Em que medida poderá isso ter também a ver com maus diagnósticos realizados pelos médicos de família?

GF – Entendo que os médicos de família sejam submetidos a uma pressão assistencial importante e há que ter em conta que, apesar de a depressão ser um transtorno frequente, também se usam muito os tratamentos antidepressivos em situações de stress ou ansiedade, quando a prescrição de tratamentos antidepressivos vai muito mais além dos próprios diagnósticos de depressão. Claro que convém realizar um diagnóstico bem feito e entender que, nestes casos de depressão, não é apenas o ânimo que se vai abaixo mas igualmente perdas de energia, pouca motivação, pouca vontade de fazer coisas, sensações obsessivas de culpa ou de outros tipos, problemas relacionados com o sono, apetite... um quadro bem mais complexo que há que valorizar.

A depressão tem cura ou apenas tratamento?

GF – É uma doença que tem um tratamento que melhorou e tem cada vez melhores opções mas também que apresenta uma elevada percentagem de doentes que se tornam crónicos. E é também uma doença episódica, em que cada episódio implica maiores riscos de sequelas e cronicidade. Mas saliento as melhoras no tratamento e o nível de resposta ao mesmo, embora haja essa tal percentagem muito importante de cronicidade.

Existe algum antidepressivo ideal para o tratamento da depressão?

GF – Essa é uma questão que me motiva risos mas que comungámos entre clínicos... Qual é o tratamento ideal para a depressão? Não existe uma resposta clara. É evidente que os tratamentos melhoraram quanto à tolerância ao longo dos últimos anos. Com menos efei-

tos secundários e tolerância a doses mais elevadas, isso permite melhorar a eficácia mas, na verdade, os resultados também indicam que não existe um tratamento antidepressivo ideal. No conjunto, os tratamentos farmacológicos antidepressivos têm resultados similares mas são muito diferentes no perfil de tolerabilidade e no tratamento de outros sintomas que as pessoas com depressão apresentam. O melhor exemplo é a vortioxetina, o último antidepressivo a ser aprovado e o mais inovador: não só trata os sintomas depressivos como consegue recuperar o funcionamento da pessoa, tanto a nível sexual, laboral e académico como resolve o aplanamento emocional, permitindo que a pessoa volte a sentir e a expressar as suas emoções de forma natural e controlada. A vortioxetina é o mais abrangente e muito adequado às necessidades dos doentes com depressão.

Haverá um tipo de depressão e muitos doentes ou muitos tipos de depressões e menos doentes?

GF – Diria que há uma depressão e formas bem distintas em que se manifesta nos doentes. Da mesma forma que existe apenas um vírus associado ao Covid mas as manifestações são variadas em cada doente.

Por que haverá tanta dificuldade relacionada com a adesão ao tratamento farmacológico nesta área?

GF – Creio que, seja qual for a doença, os tratamentos orais que requerem um certo tempo ou cronicidade estão relacionados com uma má adesão em quase todos os estudos produzidos. Sejam os diabéticos, os hipertensos ou outros, creio que a adesão da população à toma de pastilhas não é muito boa em geral. Creio que os doentes depressivos têm uma melhor adesão, sobretudo no início, porque têm uma maior consciencialização da doença do que, por exemplo, os pacientes psicóticos mas, ao longo prazo, e sobretudo quando co-

meça a sentir-se bem, a sua adesão baixa muito, o que constitui um perigo pois o risco de recaída é elevado.

Também referiu na sua comunicação que o transtorno depressivo pode resultar do uso de uma substância ou medicamento... quer dizer que não se trata de uma doença "natural"?

GF – É uma doença com todas as conotações de "naturalidade" que pode ter mas é certo que a chegada da depressão pode ser influenciada por ilusões e outros agentes, como o caso mais claro do álcool, que potencia claramente o surgimento de episódios depressivos. É discutível, mas também muito provável que um grande número de quadros depressivos que coexistem com consumos abusivos de álcool não existissem caso esses consumos não se verificassem. Claro que poderão existir fatores tóxicos e farmacológicos que precipitam o surgimento de um episódio depressivo.

Existem no mundo cada vez mais casos de suicídio... será o culminar de inúmeros casos de depressão?

GF – Em muitas depressões, infelizmente, é, embora o suicídio seja um fenómeno complexo envolto em outros fatores de risco, mas diria que a depressão é o principal. O paciente depressivo, cada vez que consome algum agente aditivo, como o álcool, aumenta sobremaneira o seu risco mas diria a depressão é um aspeto a ter muito em conta relativamente à ideação suicida. Por isso, devem ser acompanhados e vigiados muito proximamente.

Será esta uma doença que afeta mais as pessoas idosas ou igualmente os jovens?

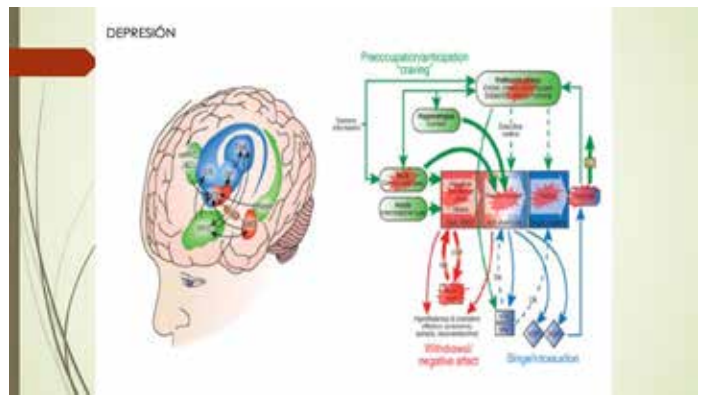
GF – É uma doença que aumenta a sua incidência e prevalência com a idade. Também porque é uma doença que, em muitos pacientes, tem uma conotação episódica e, quanto mais idade, mais riscos de surgirem mais episódios e que se torne crónica. Mas, obviamente, é uma doença que também aparece em gente jovem, particularmente em adolescentes e adultos jovens e, quanto mais precocemente surja, mais gravidade irá ter. Por outro lado, também o género é um fator a ter em conta, pois as mulheres apresentam mais quadros depressivos do que os homens, o que sugere uma maior atenção, até porque muitas tardam em solicitar apoio, sobretudo se houver problemas de adições associados.

Parecem existir muitas soluções farmacológicas, mas... que respostas existem para a estigmatização destes doentes, que teima em persistir?

GF – Essas respostas parecem complicadas... como dizia antes, continua a ser muito difícil fazer entender ao público em geral que a depressão é uma doença. Existem outras doenças que a população conhece melhor e, apesar dos esforços por parte da OMS e das autoridades de saúde para que se entenda o significado desta doença, a mensagem ainda não passou efetivamente. Penso que o primeiro passo para eliminar o estigma passará por conseguirmos passar essa mensagem, que a depressão é uma doença e, mais do que isso, uma doença grave.

Como poderá viver melhor a pessoa com depressão?

GF – A pessoa depressiva tem que realizar um grande esforço – e isto é fácil falar – para evitar que o conceito depressão e a sensação depressiva acabem por fazer parte da sua personalidade e o paciente, como tal, acabe por considerar-se depressivo, com tudo o que isso implica. Precisamos que faça um importante esforço na ativação da sua conduta e que, na medida do possível, lute contra esses sintomas e é muito importante que procure um apoio social e familiar para o acompanhar e animar nessa ativação de conduta, sendo que mais além, a medicação poderá ser um fator fundamental.



Effect of vortioxetine in subjects with major depressive and alcohol use disorders: a 6-month retrospective analysis

Marco Di Nicola^{1,2}, Maria Poppe¹, Isabella Puschke¹, Leonard Alkocir^{1,3}, Luigi Bartolucci¹, Maria Mucchetti¹, Gabriele Spini¹, Luigi Ajami¹ and Roger S. McIntyre^{1,4}

Abstract
Major Depressive Disorder (MDD) and alcohol use disorder (AUD) are highly comorbid with global clinical complexity and profound consequences. Retrospective analysis of data from the STAR*D study for this population, with clinical records, was conducted to investigate the effect of the multimodal antidepressant vortioxetine on MDD + AUD patients. Patients were retrospectively analyzed by MDD + AUD and by MDD + AUD + AUD. The vortioxetine was significantly more effective in depressive symptoms associated by the Alcohol Use Disorder (AUD) compared to non-comorbid with vortioxetine treatment. The vortioxetine was significantly more effective in depressive symptoms associated by the Alcohol Use Disorder (AUD) compared to non-comorbid with vortioxetine treatment. The vortioxetine was significantly more effective in depressive symptoms associated by the Alcohol Use Disorder (AUD) compared to non-comorbid with vortioxetine treatment. The vortioxetine was significantly more effective in depressive symptoms associated by the Alcohol Use Disorder (AUD) compared to non-comorbid with vortioxetine treatment.



Substance-use disorder

Several lines of evidence have shown that patients with depression have higher rates of substance use disorders than the general population^{1,2}

The presence of a major depressive episode increases the risk of drug dependence by **4.3 times**³

In an analysis of the STAR*D study data, patients with MDD and comorbid substance-use disorder were more likely to:⁴

- Have earlier onset of depression
- Experience greater depressive symptomatology
- Experience greater functional impairment
- Have a greater suicide risk

Depressive disorder can be a result of substance or medication use: a differential diagnosis is made based on whether a substance is etiologically related to the mood disturbance⁵

The hypothetical links between depression and substance-use disorder*

Depression

Substance-use disorder

Coping with difficult events

Genetic predisposition, social factors and environmental factors

Intentional self-harm

