

“ESTE EVENTO FOI MUITO EXIGENTE DO PONTO DE VISTA TECNOLÓGICO”



Francisco Pascual

A Socidrogalcohol, sociedade científica espanhola de estudos sobre álcool, alcoolismo e outras adições, organizou entre os dias 30 de novembro e 4 de dezembro as suas primeiras jornadas online. Um evento internacional que tinha sido programado para o mês de março, com preletores e assistentes oriundos de vários continentes e que vai a caminho dos 50 anos de existência, acabou por realizar-se igualmente à escala global, com um significativo investimento reorientado para as plataformas virtuais e que, além de ter sido disponibilizado em direto, pode ser acompanhado atualmente em diferido, nas suas várias componentes. Canábis, cérebro, género, do uso terapêutico à ilegalidade... O Presidente da Socidrogalcohol aborda, em entrevista, os moldes pouco usuais em que uma sociedade científica trabalha em tempos de pandemia...

Terminaram as 47.ªs Jornadas Nacionais e 2º Congresso Internacional da Socidrogalcohol... Como foi levar a cabo um congresso online, em que as pessoas não se tocam, apenas se veem à distância?

Francisco Pascual (FP) – Este congresso estava programado para a primeira semana de março, altura em que a atual pandemia começou a disparar e em que o ministro da

saúde cancelou qualquer tipo de evento científico e até as comunidades autónomas impediram os profissionais socio-sanitários a participarem em reuniões científicas. Posto isto, tivemos que cancelar o congresso dois dias antes da data prevista para a sua realização, o que representou inúmeros problemas, até porque havia participantes de outros países e adiámos para o final do ano, com a falsa expectativa de que a pandemia poderia ser remitida, sendo que estamos atualmente em vias de entrar numa terceira onda. E aquilo que era para ser um congresso presencial bastante amplo, no centro de Madrid, teve que converter-se, primeiro, no que entendemos que poderia ser um congresso híbrido, com um grupo reduzido de forma presencial e outro online. No fim, a pandemia obrigou-nos a realizar um congresso exclusivamente online. Para podermos fazê-lo, respeitando ao máximo todo o programa que havíamos delineado, havendo uma componente mais formativa, uma espécie de pré-congresso, procurámos realizar workshops interativos e práticos e, em vez de estendermos o congresso a dois dias, tivemos que o fazer numa semana por forma a contemplar todas as atividades e pessoas que se tinham comprometido a participar e assistir. A vertente das jornadas foi realizada durante um dia, com um seminário dedicado à investigação, sobretudo para investigadores jovens, com temas como metodologia, basicamente como pesquisar, voltar à base e partilhar entre profissionais mais e menos experientes. Paralelamente, programámos outros workshops, com temas como chemsex, género, assuntos de índole mais social, temas com especialistas como psicólogos, enfermeiros... Dedicámo-nos no primeiro dia a uma ampla gama porque o sistema era distinto, para que pudessem todos participar...

Mas também havia fatores como as diferenças entre fusos horários de participantes de vários continentes...

FP – Sim, este congresso permitiu assistir em direto mas igualmente em diferido, porque tínhamos preletores do Canadá, do Uruguai, de França, da Inglaterra, assim como assistentes de vários países, como Portu-

gal. Todas as apresentações foram gravadas e podem ser vistas durante um mês, ao passo que os diretos eram realizados nos períodos da tarde. Com tantas variações, também do ponto de vista tecnológico este evento foi muito exigente e tivemos que recorrer a várias plataformas, o que não foi fácil. Mas, no fim, conseguimos implementar uma estrutura em que foi possível congregar todos os conteúdos, desde os diretos aos diferidos, passando pelas traduções em simultâneo e a posteriori, posters e outras atividades.

Como avalia a participação?

FP – Desde logo, tivemos cerca de 100 preletores e 650 pessoas inscritas, todos profissionais socio-sanitários. A Socidrogalcohol é uma sociedade multidisciplinar, com um enfoque biopsicossocial, onde cabem médicos, psicólogos, trabalhadores sociais, enfermeiros, advogados, economistas, entre outras pessoas que tenham algo a dizer sobre as adições. Alguns laboratórios patrocinaram mesas e debates e irão brevemente publicitá-las e divulgá-las, pelo que toda esta bagagem científica e conhecimentos alocados no congresso serão disponibilizados à maior parte de gente possível.

Esta pandemia acarreta também graves sequelas económicas... Como tem sido a vida da Socidrogalcohol neste contexto e que implicações têm surgido do ponto de vista da produção científica?

FP – Economicamente, tivemos um primeiro susto associado ao facto de termos tido que entregar uma reserva no local inicialmente designado para a realização do congresso que estivemos prestes a perder. Também tivemos uma série de atividades comprometidas com o ministério, por delegação do Governo para o Plano Nacional de Drogas, que deveriam ser executadas até 30 de junho. Do ponto de vista económico, conseguimos solucionar, na maioria, estas duas componentes. Mas outras atividades da Socidrogalcohol, como a Escola de Outono, a formação online, um estudo de comorbilidade, atividades científicas e formativas, devido

ao confinamento, viram os prazos de execução alargados pelo ministério até 30 de dezembro, o que permitiu que a ciência prossiga o seu trabalho e que a interação entre os profissionais continue. Creio que, num momento de crise, este congresso e as atividades que referi foram oportunidades de nos encontrarmos como necessidade e de procurarmos soluções.

Que temas e questões destacaria neste primeiro encontro online da Socidrogalcohol?

FP – O debate sobre a canábis medicinal, da legalização, foi muito importante. Temos um problema em cima da mesa e há que debatê-lo. Creio que também a temática das pequenas populações que têm problemas foi interessante, bem como a revisão de alguns medicamentos. Creio que também foi importante o contributo do delegado do plano nacional, que nos abriu novas expectativas em torno de um trabalho mais contínuo. Houve outros contributos importantes, como considerar o tema da fármaco-economia: por que compartilhar alguns tratamentos e não outros, que possibilidades temos? A questão do género continua a ser importante e requer, por vezes, soluções distintas... O tema da comorbilidade, a física, por exemplo com as hepatites, e a psiquiátrica, com as depressões e os transtornos bipolares, é igualmente importante, bem como a possibilidade de utilizarmos determinadas drogas que podem ter utilidade terapêutica... onde estão os limites entre um uso terapêutico e recreativo ou até judicial? Houve muitos contributos e muito distintos e não esqueço as mesas mais específicas para psicólogos, trabalhadores sociais e uma das mesas que me chamou muito a atenção foi aquela em que se falou sobre como funciona o nosso cérebro. Se conhecêssemos bem o cérebro do ser humano poderíamos atuar melhor... Saberemos que interferências têm as drogas no nosso cérebro? E o ambiente? E a conduta das pessoas ao redor? Quem interfere no facto de uma pessoa ter uma adição e, se a tem, onde poderemos atuar para a poderemos tratar?



GILEAD E SOCIDROGALCOHOL PROMOVEM A ELIMINAÇÃO DA HEPATITE C EM UTILIZADORES DE DROGAS, ATRAVÉS DO PROGRAMA DETECT-C

O COMPROMISSO COM A ELIMINAÇÃO

A sociedade científica SOCIDROGALCOHOL assinou no passado (2019) um acordo de colaboração com a GILEAD cujo objetivo estava alinhado com os estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde, para a eliminação das hepatites virais. Este acordo foi assinado para a realização do projeto DETECT-C, um programa de deteção da hepatite C em utilizadores de drogas. Foi esse o seu início, no entanto, agora também é lançado para a intervenção em abrigos, centros de saúde mental, centros de cuidados de migrantes, centros de inserção e centros que servem populações com elevada prevalência de infeção por VHC. Pode ainda ser solicitado para efeitos de formação.

Estima-se que em Espanha existam entre 50.000 e 70.000 pessoas com infeção ativa do vírus da hepatite C que precisam de ser diagnosticadas e tratadas (dados de julho de 2019). Desde 2015, mais de 130.000 doentes foram tratados em Espanha, evitando o risco de morte por cirrose e cancro do fígado e morbilidade causada por doenças hepáticas crónicas.

O tratamento da doença sofreu uma mudança radical nos últimos anos com o aparecimento de fármacos que contribuem para eliminar completamente o vírus, sem praticamente nenhuns efeitos secundários.

Os novos fármacos têm uma eficácia de 95% e quase sem efeitos secundários. Depois de muitos problemas de alto custo no início desta corrida de eliminação, foi finalmente disponibilizado a medicação a todos. Agora o objetivo é detetar as pessoas que faltam, e colocá-las em tratamento. Para isso, a Aliança para a Eliminação da Hepatite Viral, esta comprometida com o rastreio da população, um teste simples e rápido que torne mais fácil saber se a pessoa está infetada ou não. O DETECT-C cumpre com este objetivo de rastreio e deteção e posterior encaminhamento para o recurso que enviará para tratamento a pessoa infetada.

DO QUE SE TRATA

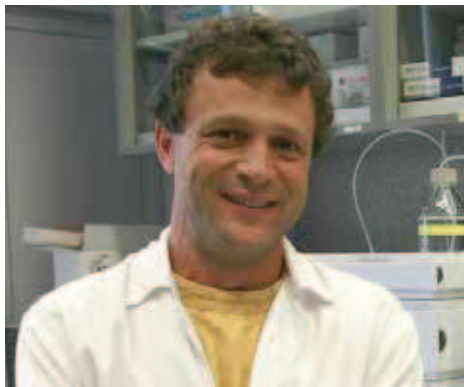
O programa fornece testes rápidos de diagnóstico para contribuir para a deteção e micro-eliminação necessárias para cumprir o objetivo da OMS.

No www.detect-c.es pode aceder aos requisitos a cumprir pelos centros, bem como a informação exhaustiva sobre os testes que podem ser escolhidos para deteção de gota seca ou de saliva, e o modo de realização.

FUTURO

O programa foi tão bem recebido que acaba de ser alargado a outros tipos de instituições de intervenção junto das populações mais vulneráveis de elevada prevalência, para prosseguir e desenvolverem a intervenção, pelo menos durante o do próximo ano de 2021.

COMO OFERECER AJUDA AOS CONSUMIDORES DE CANÁBIS



Rafa Maldonado

A canábis é a terceira substância mais consumida em Espanha, depois do álcool e do tabaco, de acordo com o inquérito EDADES 2017. Há já alguns anos que se abre um debate sobre a necessidade de adaptar a regulamentação em consequência da mobilização social nesta matéria. Por um lado, a evidência, ainda que escassa e para doenças muito específicas, de aplicação terapêutica. Por outro lado, a proteção da saúde pública, porque se trata de uma substância não isenta de riscos, que não é inócua após o consumo, que aliás tem sofrido variações quanto ao seu conteúdo sob a forma fumada. Nos anos 80, um charro continha entre 3 e 5% de THC e 1-2% de Canabidiol (CBD). Atualmente, um charro contém cerca de 20% THC e 0,5% CBD.

A canábis afeta o sistema canabinóide do cérebro, uma área responsável, entre outras questões pela regulação das emoções. Quando consumida na adolescência, as consequências podem ser piores, uma vez que o cérebro está em pleno desenvolvimento e é provável que esteja a fazer uma série de conexões sinápticas que permanecerão ao longo de toda a vida da pessoa, que se vê alterado por esta substância tóxica. O aparecimento de distúrbios mentais pode ser a consequência do consumo precoce. Rafael Maldonado, Professor de Farmacologia da Universidade Pompeu Fabra, salientou que a sociedade tem uma perceção muito baixa do risco no que diz respeito ao consumo da canábis, e que nada têm de recreativa terminologia que importa mudar. “Não estamos a explicar aos jovens que o consumo tem um risco muito significativo e importante. É uma questão de desenvolvimento cerebral.

Há outras consequências: Ao nível do desempenho, haverá uma má aprendizagem, um impacto

na cognição e na memória e, portanto, um baixo desempenho académico e de trabalho. Ao nível da afetação pré-frontal, há uma consequência na estrutura inibitória do cérebro, que é responsável pelo controlo racional dos impulsos. Ao nível de resposta/reacção: o risco de acidente de viação é triplicado, a condução mais lenta, e o tempo de reacção é reduzido e a atenção é dividida e alterada. E o consumo abusivo pode acabar por desenvolver dependência (consequências negativas quando o seu consumo cessa) e/ou uma doença mental (a evidência científica tem ligado o consumo ao desenvolvimento da psicose).

As razões para o consumo de canábis são muito variadas. Os consumidores de canábis procuram melhorar as emoções positivas (35%), enfrentar emoções negativas (25%) ou simplesmente fumar por hábito (29%), de acordo com um estudo prestes a ser publicado na revista Addictions.



Joan Colom

O consumo continua e é importante que a informação chegue ao público para que possam tomar as suas próprias decisões. Segundo Joan Colom, Sub-diretor-Geral Adjunto da toxicodependência da Catalunha, “o modelo político dominante, até agora “a proibição do consumo recreativo” da canábis, tem-se revelado ineficaz e, conseqüentemente, muitos países começaram a implementar políticas que incluem a legalização total do seu consumo e fornecimento. Neste contexto, as estratégias consolidadas de redução de riscos são vitais. Note-se também que as pessoas que consomem, mesmo que não pretendam parar, podem estar preocupadas com a sua saúde. Entre estas pessoas, as intervenções baseadas no medo ou na abstinência não são eficazes, uma vez que os danos não correspondem à sua realidade e, portanto, falamos de

“riscos” que é um termo bem aceite entre a população de consumidores de canábis.” Há anos que a Catalunha trabalha na introdução de medidas comprovadas de redução de riscos em todas as substâncias mais consumidas, incluindo o álcool. No caso da canábis em particular, até o Parlamento da Catalunha aprovou uma lei que visa regular, do ponto de vista da saúde pública, os clubes sociais da canábis; mas esta lei foi posteriormente anulada pelo Tribunal Constitucional, segundo Colom, desenvolvemos um projeto específico cujo objetivo é formar em Redução de Risco as pessoas que trabalham nos clubes de canábis e sensibilizar para o papel que os Agentes de Saúde podem desenvolver nestes espaços.

O projeto pode ser visto no site <https://www.rdr-cannabis.cat/>, que publica artigos de interesse sobre o consumo de canábis e a redução de riscos associados, presta aconselhamento e formação aos Clubes e distribui materiais preventivos especificamente concebidos para utilizadores de associações ou clubes de canábis. Um exemplo de tais materiais é a campanha de sensibilização “Um quilo por ano não faz mal, ou faz?”, que consiste na distribuição de material (um cartaz e brochuras) entre os utilizadores do clube, onde são informados sobre a redução de riscos e promovem a reflexão sobre o autoconsumo, para que seja o menos prejudicial possível”, e acrescenta: “este projeto é o resultado de um trabalho participativo e colaborativo realizado com a mesma população-alvo, pelo que estamos a receber uma receção muito boa entre os clubes e as associações”.

Colom argumenta que também há evidências sobre a eficácia de tais estratégias na redução de problemas associados à canábis, especialmente: evitar o início precoce do uso de canábis, escolher tetrahydrocannabinol de baixa potência ou produtos de canábis com uma relação equilibrada do THC com o canabidiol, abster-se de usar canabinóides sintéticos, evitar a inalação de canábis queimada e dar preferência aos métodos de uso por outras formas que não o tabagismo, evite práticas de inalação profundas ou outras práticas de risco, evite consumo frequente (por exemplo, diariamente ou quase diariamente), abstenha-se de conduzir ou realizar atividades de risco sob os seus efeitos, evite o consumo de pessoas com risco acrescido de problemas de saúde e evite combinar comportamentos de risco, como por exemplo, o início precoce e utilização frequente.

DEPRESSÃO

Brintellix[®]
vortioxetina



Sinto-me incapaz
Estou sempre cansado
Não consigo concretizar

Brintellix[®], o antidepressivo multimodal que trata a depressão e restaura o funcionamento do doente²⁻⁷

Brintellix 5, 10, 15 e 20 mg Comprimidos revestidos por película Brintellix 20 mg/ml gotas orais, solução. **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Cada comprimido revestido por película contém bromidrato de vortioxetina equivalente a 5, 10 e 20 mg de vortioxetina. Cada ml de solução contém lactato de vortioxetina (D,L) equivalente a 20 mg de vortioxetina. Cada gota contém 1 mg de vortioxetina. **FORMA FARMACÉUTICA** Comprimido revestido por película. Comprimido revestido por película cor-de-rosa, amendoado (5 x 8,4 mm) e gravado com "TL" num dos lados e "5" no outro lado. Comprimido revestido por película amarelo, amendoado (5 x 8,4 mm) e gravado com "TL" num dos lados e "10" no outro lado. Comprimido revestido por película cor-de-laranja, amendoado (5 x 8,4 mm) e gravado com "TL" num dos lados e "15" no outro lado. Comprimido revestido por película vermelho, amendoado (5 x 8,4 mm) e gravado com "TL" num dos lados e "20" no outro lado. Gotas orais, solução. Solução límpida quase incolor a amarelada. **INFORMAÇÕES CLÍNICAS Indicações terapêuticas** Tratamento de episódios depressivos *major* em adultos. **Posologia e modo de administração Posologia** A dose inicial recomendada de Brintellix é de 10 mg de vortioxetina uma vez por dia em adultos com idade inferior a 65 anos. Dependendo da resposta individual do doente, a dose pode ser aumentada até um máximo de 20 mg de vortioxetina uma vez por dia, ou diminuída até um mínimo de 5 mg de vortioxetina uma vez por dia. Após o desaparecimento dos sintomas depressivos, é recomendado o tratamento durante, pelo menos 6 meses, para consolidação da resposta antidepressiva. **Interrupção do tratamento** Os doentes tratados com vortioxetina podem parar de tomar o medicamento subitamente sem necessidade de uma redução gradual na dose. **Populações especiais Doentes idosos** A dose mínima eficaz de 5 mg de vortioxetina uma vez por dia deve ser sempre utilizada como a dose inicial em doentes com idade ≥ 65 anos. É recomendada precaução ao tratar doentes com idade (≥ 65 anos com doses superiores a 10 mg de vortioxetina uma vez por dia, para os quais os dados disponíveis são ainda limitados). **Inibidores do citocromo P450** Dependendo da resposta individual do doente, pode considerar-se uma dose mais baixa de vortioxetina se for adicionado um potente inibidor do CYP2D6 (por exemplo, bupropiom, quinidina, fluoxetina, paroxetina) ao tratamento com vortioxetina. **Indutores do citocromo P450** Dependendo da resposta individual do doente, pode considerar-se um ajuste da dose de vortioxetina se for adicionado um indutor extenso do citocromo P450 (por exemplo, rifampicina, carbamazepina, fenitoína) ao tratamento com vortioxetina. **População pediátrica** A segurança e eficácia de Brintellix em crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos não foram ainda estabelecidas. Não existem dados disponíveis. **Compromisso renal ou hepático** Não é necessário qualquer ajuste de dose com base na função renal ou hepática. **Modo de administração** Brintellix é para administração oral. Os comprimidos revestidos por película e as gotas orais podem ser tomados com ou sem alimentos. **Contraindicações** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. Utilização concomitante com inibidores da monoamina oxidase (MAOs) não-seletivos ou inibidores seletivos da MAO-A. **Efeitos indesejáveis Resumo do perfil de segurança** As reações adversas mais frequentes foram náuseas. **Lista das reações adversas** As reações adversas encontram-se listadas abaixo usando a seguinte convenção: muito frequentes ($\geq 1/10$), frequentes ($\geq 1/100$, $< 1/10$), pouco frequentes ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$), raros ($\geq 1/10.000$, $< 1/1.000$), muito raros ($< 1/10.000$), ou desconhecido (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis). A lista baseia-se em informações obtidas de ensaios clínicos e da experiência pós-comercialização. **Doenças do sistema imunitário Desconhecido** Reação anafilática **Doenças do metabolismo e da nutrição Desconhecido** Hiponatremia **Perturbações do foro psiquiátrico** Frequentes Sonhos anormais Desconhecido Insónia, agitação, agressão **Doenças do sistema nervoso** Frequentes Tonturas Desconhecida Síndrome Serotoninérgica **Afeções oculares Raras** Midríase (que pode causar glaucoma de ângulo fechado agudo) **Vasculopatias Pouco frequentes** Afrontamento Desconhecida Hemorragia (incluindo contusão, equimose, epistaxe, hemorragia gastrointestinal ou vaginal) **Doenças gastrointestinais Muito frequentes** Náuseas Frequentes Diarreia, Obstipação, Vômitos **Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos Frequentes** Prurido, incluindo prurido generalizado Pouco frequentes Suores noturnos Desconhecida Angioedema, Urticária, Erupção cutânea **Descrição das reações adversas selecionadas Náuseas** As reações adversas foram geralmente ligeiras ou moderadas e ocorreram durante as duas primeiras semanas de tratamento. As reações foram em geral passageiras e não levaram à interrupção do tratamento. Reações adversas gastrointestinais, tais como náuseas, ocorreram mais frequentemente em mulheres do que em homens. **Doentes idosos** Para doses ≥ 10 mg de vortioxetina uma vez por dia, a taxa de descontinuação dos estudos foi superior em doentes com idade ≥ 65 anos. Para doses ≥ 20 mg de vortioxetina uma vez por dia, a incidência de náuseas e obstipação foi superior em doentes com idade ≥ 65 anos (42% e 15%, respetivamente) do que em doentes com idade < 65 anos (27% e 4%, respetivamente). **Disfunção sexual** A disfunção sexual foi avaliada em estudos clínicos utilizando a Escala de Experiência Sexual do Arizona (ASEX). Doses de 5 a 15 mg não demonstraram diferença comparativamente ao placebo. No entanto, a dose de 20 mg de vortioxetina foi associada a um aumento de disfunção sexual (TESD). **Efeito de classe** Estudos epidemiológicos conduzidos principalmente em doentes com 50 anos de idade ou mais, demonstram um risco aumentado de fraturas ósseas em doentes a receber um medicamento de classes farmacológicas relacionadas de antidepressivos (SRs ou ADT). O mecanismo por detrás do risco é desconhecido, e não é sabido se o risco também é relevante para a vortioxetina. **TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO** H. Lundbeck A/S, Østtilvevej 9, 2500 Valby, Denmark **DATA DA REVISÃO DO TEXTO** 07/2020 Está disponível informação pormenorizada sobre este medicamento no sítio da internet da Agência Europeia de Medicamentos: <http://www.ema.europa.eu>. Medicamento sujeito a receita médica. Medicamento comparticipado pelo escalão C (regime geral 37% e regime especial 52%). Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado. **REPRESENTANTE LOCAL:** Lundbeck Portugal.

Referências: 1. Kennedy et al. CANMAT MDD Guidelines Pharmacological Treatments Section *Canadian J Psychiatry* 2016. 2. Brintellix[®] Resumo das Características do Medicamento. 3. Alvarez E et al. *Int J Neuropsychopharmacol* 2012; 15: 589-600. 4. Montgomery SA et al. *Hum Psychopharmacol* 2014; 29: 470-482. 5. Katona C et al. *Int Clin Psychopharmacol*. 2012; 27(4): 215-223. 6. McIntyre RS et al. *Int J Neuropsychopharmacol* 2014; 17: 1557-1567. 7. Mahableshwarkar A et al. *Neuropsychopharmacol* 2015; Epub ahead of print.

Lundbeck Portugal, Rua da Quinta da Quintã, Ed. Q37 Plaza II, n.º5, Piso 0, fração D e E, 2770-203, Paço de Arcos, Portugal. NIF: 503573922

BRX202010009

Lundbeck



PROGRESS
IN MIND

“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 melhores 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?

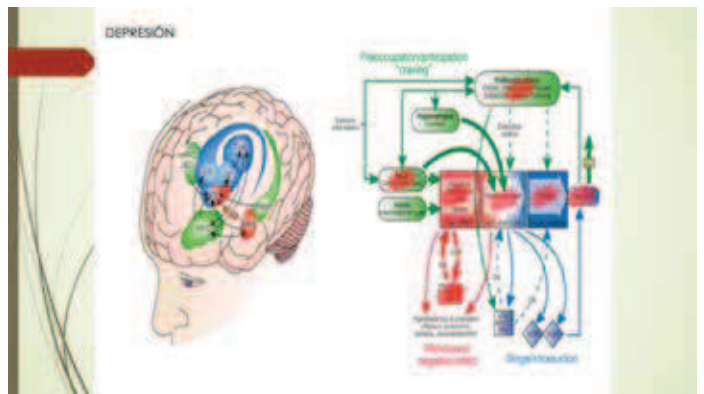
GF – É uma doença que aumenta a sua incidência e prevalência com a idade. Também porque é uma doença que, em muitos pacientes, tem uma conotação episódica e, quanto mais idade, mais riscos de surgirem mais episódios e que se torne crónica. Mas, obviamente, é uma doença que também aparece em gente jovem, 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 Lorenzo^{1,2}, Maria Prieto³, Isabella Rossetto⁴, Lorenzo Altieri^{1,2}, Luigi Galassi¹, Maria Maddalena Galante Sant'¹, Luigi Sant'¹ and Roger G. Mandy^{5,6}

Abstract
Major Depressive Disorder (MDD) and alcohol use disorder (AUD) are highly comorbid conditions with significant clinical and public health implications. The aim of this study was to evaluate the effect of vortioxetine on MDD and AUD symptoms. The study included 100 subjects with MDD and AUD who were treated with vortioxetine for 6 months. Results showed that vortioxetine significantly improved depressive symptoms and reduced alcohol consumption. The study also found that vortioxetine improved cognitive function and social skills. These findings suggest that vortioxetine may be a promising treatment for MDD and AUD. Further research is needed to confirm these results and to explore the underlying mechanisms of action.



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 **4-5 times!**³
- In an analysis of the STAR*D study data, patients with SUD and comorbid substance-use disorder were more likely to:
 - have earlier onset of depression
 - experience greater depressive symptomatology
 - experience greater functional impairment
 - have a greater suicide risk
- Depressive disorder can be (or is) result of substance or medication use: a differential diagnosis is made based on whether a substance is etiologically related to the mood disturbance⁴

The hypothesis of link between depression and substance-use disorder



O MARKETING DOS JOGOS INVESTE 3,72 MILHÕES DE EUROS POR ANO, MUITO LONGE DO QUE SE INVESTE EM PROGRAMAS DE PREVENÇÃO



Mais de 700.000 pessoas em Espanha têm distúrbio patológico de jogo



José Estupiñá

De acordo com o mais recente inquérito da EDADES (2017) do Plano Nacional de Drogas (PNSD) 2,5% das pessoas entre os 15 e os 64 anos têm problemas com o jogo. Tendo em conta que a população espanhola desta faixa etária em 2017 era de quase 31 milhões de pessoas, pode dizer-se que mais de 700.000 pessoas sofrem de problemas de jogo. O número poderia ser maior se considerarmos pessoas com mais de 65 anos e se tivermos em conta que a situação poderia ter-se agravado nestes três anos. Existe uma preocupação crescente com o aumento dos jogos de azar na sociedade espanhola. Nos últimos anos, bairros inteiros têm sido mobilizados pela elevada presença de sites de apostas em áreas de elevada vulnerabilidade. Este fenómeno presencial e online tem sido acompanhado pelo investimento em publicidade feita pelos operadores de jogo, que atingiu 372 milhões de euros em 2019 (20 milhões em patrocínios e 182 milhões em publicidade). Em 2018 foram 378 milhões de euros. Estes valores referem-se ao jogo online, explicado por Francisco José Estupiñá, coordenador do PsiCall da Universidade Complutense de Madrid, pelo que o valor deve ser ainda maior se somarmos o jogo presencial.

“De acordo com os dados da Delegação Geral do Plano Nacional de Drogas, foram atribuídos quase 3 milhões de euros em 2019 para financiar programas de dependência comportamental”

De acordo com os dados do PNSD, os programas são financiados direta ou indiretamente em relação a dependências comportamentais (aqui estão também as tecnologias, não apenas o jogo) realizados ou levadas a cabo por Comunidades Autónomas, Entidades Sem Fins Lucrativos, Sociedades Científicas e Entidades de Investigação, num total de 2.907.159 euros em 2019. É difícil saber o total exato dos dados de investimento na prevenção por várias razões. Primeiro, porque cada comunidade autónoma rege-se por padrões diferentes. Em segundo lugar, porque são levadas a cabo ações preventivas de várias instituições (ONG, recursos públicos especializados, entidades privadas, sociedades científicas, etc.) E, em terceiro lugar, porque existem ações preventivas que são levadas a cabo a nível nacional, outras a nível regional e outras a nível local. Por conseguinte, para conhecer os dados exatos, seria conveniente somar todos estes montantes que não estão totalmente acompanhados. O que é verdade e é claro, é que o investimento em marketing está muito longe do investimento na prevenção: “É como uma luta de David contra Golias”, diz Francisco Pascual, presidente da Socidrogalcohol: “seria interessante se pudéssemos saber os dados exatos de investimento de prevenção para avaliar se são suficientes e, claro, avaliar a implementação de programas preventivos, para que pudéssemos polir e melhorar essas ações de modo a evitar mais problemas futuros”.

Entre 18,6 e 25,6% dos adolescentes, dependendo da idade, participou neste tipo de jogos presencialmente, e entre 8,0% e 14,6% online: “Existem dúvidas sobre o efeito que esta publicidade pode ter nos adolescentes e jovens e o papel que pode desempenhar nas elevadas taxas de jogo com apostas em adolescentes e jovens”, explica Estupina que falou sobre o jogo e o impacto do marketing. O professor realizou uma revisão de estudos em relação à exposição ao jogo juntamente com outros autores. “Até 96% dos adolescentes recebem publicidade do jogo na TV e na internet; que o volume de publicidade recebida é importante, dando uma relação significativa entre a aceitabilidade e a recuperação da publicidade, idade, comportamento do jogo e a probabilidade de desenvolver problemas de jogo mais tarde”, explica o investigador. Relativamente ao novo Decreto, afirma que “impõe proibições e restrições em áreas marcadas por estudos potencialmente prejudiciais para os adolescentes: transmissões e equipamentos desportivos, bónus de boas-vindas, publicidade nas redes sociais ou uso de celebridades. Nesse sentido, está alinhada com as evidências, embora ainda existam áreas para melhorar, como o acesso dos adolescentes a aplicações de jogos gratuitos.”



Angela Ibáñez

Do ponto de vista dos cuidados, Angela Ibáñez, Chefe do Serviço de Psiquiatria do Hospital Universitario Ramón y Cajal, e chefe da Unidade de Ludopatía, pioneira em Espanha, explica que “até há cerca de 10 anos o perfil do ludopata que veio à Unidade em busca de tratamento era um homem com uma idade média de cerca de 45 anos, que tinha problemas com o jogo entre os 7 e os 8 anos antes. Embora os problemas ocorram em todas as classes e condições, tratamos mais frequentemente os pacientes com estudos não universitários, ativos no trabalho, casados ou vivendo juntos como um casal. O principal problema eram as máquinas de slot. Nos últimos anos, a idade de início do problema tem sido consideravelmente reduzida, detetando cada vez mais problemas de jogo na população mais jovem. Atualmente, entre 30 e 40% dos que frequentam o tratamento são jovens, entre os 25 e os 35 anos, solteiros, com estudos universitários em mais de 25% dos casos, que têm problemas com apostas desportivas online durante 1 ou 2 anos”. Uma percentagem significativa deles, entre 30 e 40% começou a jogar ainda menores, destacando o problema do jogo na adolescência. 40% têm problemas com o jogo online como modalidade única ou associado ao jogo presencial. As apostas desportivas são o principal problema em pelo menos um terço dos pacientes, sendo a causa mais comum no modo de jogo online. E acrescenta: “O que não mudou foi a proporção de mulheres que vêm à procura de tratamento, por isso ainda são homens 9 em cada 10, apesar dos estudos na população geral que sugerem que 1 em cada 3 ludopatas são mulheres.”

Pascual manifestou preocupação com o jogo: “A regulação é um bom começo, mas não o suficiente, é imperativo que a prevenção não seja delegada para segundo plano e apenas sejam implementadas restrições de tempo ou controlo de conteúdos. A informação é poder, e permite que os cidadãos tomem decisões. Tanto a informação como a prevenção devem ser abordadas de uma forma especial para os jovens de hoje para prevenir os vícios de amanhã.”

“A regulação é um bom começo, mas não o suficiente, é imperativo que a prevenção não seja delegada para segundo plano e apenas sejam implementadas restrições de tempo ou controlo de conteúdos”