

foto Ricardo Palma Veiga

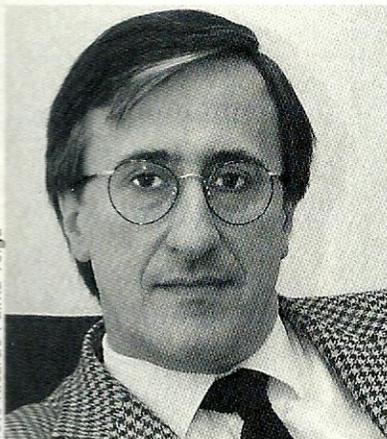
por Carlos Filipe  
Psiquiatra

## **“O psiquiatra tem o dever de cultivar e desenvolver a capacidade de entender (e atender) cada paciente como um indivíduo, por definição único na sua natureza e na sua circunstância,,**

A Psiquiatria é uma especialidade médica. Isto implica que um psiquiatra é, antes de mais, um médico que, depois de ter completado a formação clínica geral, fez formação de especialidade em Psiquiatria. O objecto da Psiquiatria é, por seu lado, o estudo e o tratamento das doenças mentais, ou seja, das doenças que afectam a percepção que o indivíduo tem de si próprio e do meio que o rodeia e que condicionam o seu estado emocional, o comportamento e a relação. A dificuldade do estudo e do tratamento das doenças mentais e das suas causas, a natureza crónica de muitas delas e o seu impacto social e cultural, tornaram a Psiquiatria particularmente susceptível à influência de diferentes escolas de pensamento e à pressão das ideologias. Por outro lado, e talvez pelas mesmas razões, a prática dos psiquiatras tendeu a afastar-se das restantes especialidades médicas, aproximando-os por vezes mais da Psicologia ou das Ciências Sociais. Tudo isto fez crescer dúvidas em muito boa gente sobre a capacidade real dos psiquiatras enquanto médicos, isto é, a sua capacidade para diagnosticarem e tratarem doenças, neste caso particular, as doenças mentais. Afinal, de médico e de louco todos temos um pouco... Os enormes avanços, verificados nos últimos anos, nos campos da genética, das neurociências e da farmacologia têm vindo, contudo, a modificar o conceito de doença mental. Assim, por exemplo, sabemos hoje que grande número de perturbações cognitivas, do humor, do pensamento e do comportamento, podem resultar de determinadas disfunções neurológicas. Muitas outras

serão seguramente identificadas num futuro próximo. Este avanço tem impulsionado a descoberta de novos medicamentos (mais eficazes e com menos efeitos secundários) e ajudado a diminuir o estigma da doença mental, fazendo com que, cada vez mais, o doente mental seja encarado e tratado como qualquer outro doente. A sobreposição da Psiquiatria com outras áreas da Medicina é assim cada vez maior. Com a Neurologia, em particular, a separação de algumas áreas de interesse comum surge agora como meramente arbitrária e leva a uma desejável confluência destas especialidades. A separação entre o corpo e a mente não faz mais sentido. Contudo, ainda que se possa dizer que qualquer acção, intenção ou afecto corresponde de alguma forma, e em última análise, a uma qualquer modificação bioquímica ou molecular numa qualquer estrutura, localizada algures no cérebro, ela resulta, inevitavelmente, da história do indivíduo e da sua interacção constante com o meio ambiente. Uma preocupação particular da Psiquiatria é justamente a de considerar por igual o sujeito, a sua história e as circunstâncias que o rodeiam. O psiquiatra tem, por tudo isto, o dever de cultivar e desenvolver a capacidade de entender (e atender) cada paciente como um indivíduo, por definição único na sua natureza e na sua circunstância.

Sugestão de leitura: “O Homem que Confundiu a Mulher com um Chapéu” de Oliver Sacks. Relógio d'Água Editores, Lda.



por Carlos Filipe  
Psiquiatra

## “Recusar a utilização de uma terapêutica psiquiátrica ajustada equivale a recusar o gesso e as canadianas a quem partiu uma perna,,

### O USO DE MEDICAÇÃO PSQUIÁTRICA

O uso de medicação psiquiátrica é olhado por muita gente com receio e desconfiança. Receio dos efeitos secundários dos medicamentos e da eventual dependência que estes possam causar, receio de se perder o controlo sobre si próprio ou de se passar a viver indiferente às coisas e às pessoas. Desconfiança no que respeita à eficácia terapêutica destes fármacos. Pergunta-se como pode um comprimido diminuir a angústia que nos sufoca, tirar a tristeza que nos invade ou modificar a leitura que fazemos do mundo que nos rodeia, o qual, desde há algum tempo, se nos afigura confuso, estranho ou hostil. Finalmente, aceitar recorrer a medicação para controlar o que se sente e o que se faz (ou se é incapaz de fazer) é reconhecer que o próprio já não tem controlo sobre si, é reconhecer a doença mental – reconhecê-lo perante si mesmo e perante os outros. Estas são seguramente algumas das razões pelas quais tanta gente resiste a tomar de forma cumpridora a medicação psiquiátrica, provavelmente mais que qualquer outra medicação. A automedicação é, por outro lado, e em parte pelas mesmas razões, também muito frequente, sobretudo com fármacos de acção rápida usados para controlar a ansiedade ou a insónia. Este uso não controlado aumenta o risco de intoxicação, dependência e aparecimento de efeitos secundários graves. As doenças mentais envolvem incapacidades reais e são independentes da vontade. Perturbam gravemente a percepção que o indivíduo tem de si próprio e do meio que o rodeia e condicionam o seu estado emocional, o seu comportamento e a relação com os outros. Ninguém se atreveria a dizer que uma pessoa com uma perna partida só não anda por falta de força de vontade. Da mesma forma, grande parte das doenças mentais (sentidas ou manifestadas) transcendem a vontade do indivíduo doente,

por maior que seja a sua força. Recusar a utilização de uma terapêutica psiquiátrica ajustada equivale a recusar o gesso e as canadianas a quem partiu a perna. Sabemos hoje que a quase totalidade das perturbações psiquiátricas implicam, de alguma forma, alterações mais ou menos persistentes no funcionamento do sistema nervoso. É nesta base biológica que a medicação actua. E se é bem verdade que a medicação não é tudo, tanto mais que grande número das perturbações são desencadeadas pela ocorrência de condições francamente desfavoráveis no meio envolvente, também é verdade que a melhoria do funcionamento mental pode ajudar a que as pessoas se relacionem melhor consigo próprias e com o que as rodeia. Os efeitos da medicação não são imediatos e a sua instituição e suspensão obedece a regras que têm de ser respeitadas. A duração dos tratamentos é frequentemente longa e a medicação tem geralmente de ser prolongada muito para além da remissão dos sintomas, por forma a evitar recidivas. É sabido que na maioria dos casos o abandono prematuro da terapêutica se deve não tanto à ocorrência de sintomas secundários indesejáveis, mas sim ao facto de grande número de doentes tenderem a interromper a medicação logo que se sentem bem. Nestas circunstâncias a probabilidade de uma recaída é significativamente maior. Por tudo isto é fácil concluir que o uso de medicação psiquiátrica (como eventualmente o uso de qualquer medicação) tem de ser criterioso, por indicação e sob controlo de um especialista, seguindo regras de boa prática e ponderando cuidadosamente a relação entre os benefícios previsíveis e os eventuais efeitos indesejáveis.



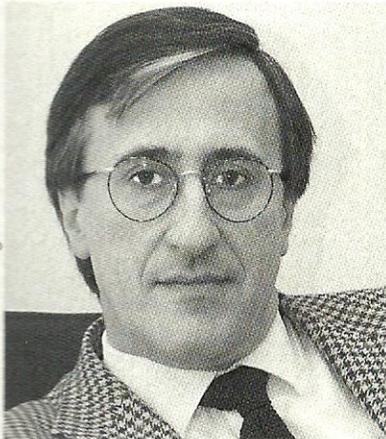
**CADIN** por Carlos Filipe  
Psiquiatra

**“É provável que uma em cada quatro a cinco mulheres sofra de depressão em alguma fase da sua vida,,**

## **A DEPRESSÃO**

A depressão tem sido frequentemente apontada como a doença do século. Esta designação pode, contudo, encerrar alguns equívocos, fazendo crer que se trata de uma espécie de doença da moda ou que, pelo menos, ela era inexistente nos séculos anteriores ao século XX. Na verdade existem relatos de doença depressiva desde a antiguidade (designada por termos como melancolia ou neurastenia) e, se é verdade que a sua incidência tem vindo a aumentar nas últimas décadas, não é claro que esse aumento seja real, podendo dever-se simplesmente a uma maior facilidade de acesso aos serviços médicos de pessoas com queixas do foro psicológico. A depressão é a mais comum das patologias psiquiátricas e a sua incidência não varia muito de país para país, ainda que a expressão possa variar com a cultura. Sendo cerca de duas vezes mais frequente no sexo feminino, é provável que uma em cada quatro a cinco mulheres sofra de depressão em alguma fase da sua vida. Há, contudo, que distinguir entre a tristeza e a depressão. A tristeza, tal como o contentamento, é uma reacção normal e saudável aos acontecimentos da vida. Até as grandes tristezas, quando consequentes de grandes perdas, podem constituir um mecanismo normal e mesmo saudável. Há lutos que têm de ser feitos, tristezas que têm de ser vivenciadas, para que as perdas possam ser elaboradas e a vida se reconstitua em novos moldes, numa nova geografia de afectos. A depressão, por seu lado, tem sempre uma intensidade e uma duração (de várias semanas ou meses) desproporcionadas em relação ao acontecimento supostamente desencadeante. Casos há em que não

é mesmo possível identificar qualquer acontecimento desencadeante. Para além do humor triste, é o aparecimento e a persistência de um conjunto de outros sinais e sintomas que alertam para o diagnóstico de depressão. Entre estes, destacam-se flutuações do humor, ansiedade, agitação, irritabilidade, incapacidade de ter prazer, apatia, indiferença, falta de energia, lentidão, diminuição da concentração, perda de interesse, alterações do apetite e do peso (que podem aumentar ou diminuir), alterações do sono, diminuição da libido, sentimento de culpa, desesperança, diminuição da auto-estima, hipocondria e, finalmente, ideação suicida. Pode, assim, ser uma doença grave, associada a níveis de incapacidade elevados e a um aumento da mortalidade, com grande impacto individual, familiar e social. Ela é ainda tanto mais grave quanto tende a tornar-se recorrente ou crónica. Assim, quase todos os que alguma vez tiveram um episódio depressivo voltam a experimentar novos episódios ao longo da vida. O diagnóstico precoce, a consequente instituição de terapêutica antidepressiva adequada e o apoio psicológico competente são factores que provaram ser determinantes para a evolução favorável de um episódio depressivo. Da mesma maneira, a manutenção da terapêutica por tempo adequado, por norma muito para além do desaparecimento dos sintomas, é determinante na prevenção de recaídas. Só o recurso a cuidados médicos competentes, ainda que não necessariamente psiquiátricos, pode garantir esta adequação.



por Carlos Filipe  
Psiquiatra

**“Os primeiros ataques de pânico surgem, por norma, a partir do nada, sem aviso. São episódios súbitos de grande ansiedade,,**

## O PÂNICO

A palavra pânico deriva de Pan, o deus grego dos pastores, dos rebanhos e dos bosques. Pan, um brincalhão de mau gosto, tinha por hábito divertir-se aparecendo de repente e gritando de forma tão inesperada, que chegava a matar de susto os incautos que lhe passavam por perto. Em certa ocasião, por exemplo, quando todos, animais, homens e deuses, dormiam a sesta no calor da tarde, teria dado um berro tal que as ninfas fugiram assustadas e uma delas, Syrinx, de tão aterrorizada, ficou transformada numa cana, que Pan prontamente cortou e talhou em forma de flauta.

Tal como as partidas de mau gosto do deus Pan, também os primeiros ataques de pânico surgem, por norma, a partir do nada, sem aviso. São episódios súbitos de grande ansiedade, de intensidade crescente e geralmente breves (10 a 15 minutos), diferentes, por isso, da ansiedade mais ou menos moderada mas persistente que caracteriza aquilo que se designa por ansiedade generalizada. É a experiência de um medo súbito que vem de dentro, de uma angústia crescente e opressora. Associados a este medo, e eventualmente motivados por ele, surgem sintomas físicos como falta de ar (e consequente respiração ofegante), desconforto ou dor no peito, aperto na garganta, palpitações, suores frios, dores abdominais, náuseas, tonturas e sensação de irrealidade ou de desmaio. Estes sintomas, também súbitos e inexplicáveis, podem contribuir, por sua vez, para o agravamento da sensação de medo, por temor de doença grave (cardíaca, respiratória ou outra), e levar mesmo à sensação aterradora de “se estar

a enlouquecer” ou de morte eminente. A estes associa-se o desejo urgente de fugir do local ou da situação em que o ataque ocorreu. Por recear novos ataques, a pessoa pode, então, passar a temer e a evitar, isto é, a ter fobia dos locais ou das situações semelhantes àquela em que aconteceu o episódio de pânico. A mais comum destas fobias é a agorafobia (palavra derivada de ágora, a praça pública dos gregos, onde estes se reuniam em comício) que traduz o medo dos espaços abertos e dos espaços públicos. Nestes espaços o sentimento de desprotecção, a dificuldade (ou embaraço) da fuga e a possível falta de apoio no caso de ocorrência de um eventual ataque de pânico motivariam o seu afastamento sistemático, o que pode determinar incapacidades notáveis na vida do dia-a-dia. Cerca de 2 a 3% das mulheres e de 1 a 1,5% dos homens sofrem de perturbação de pânico em algum momento das suas vidas, sendo as idades de aparecimento mais frequentes o final da adolescência e a década dos 30 anos. A probabilidade cerca de oito vezes superior de aparecimento da perturbação em familiares de primeiro grau aponta para a existência de uma contribuição genética. Apesar do aparato com que se manifesta, esta é uma perturbação que, em geral, tem bom prognóstico. Assim, após avaliação médica de possíveis condições de saúde associadas, o recurso a apoio psiquiátrico e psicológico adequados determina, na maioria dos casos, uma evolução extremamente favorável, com redução importante do número e da intensidade das crises e, eventualmente, o seu completo desaparecimento.

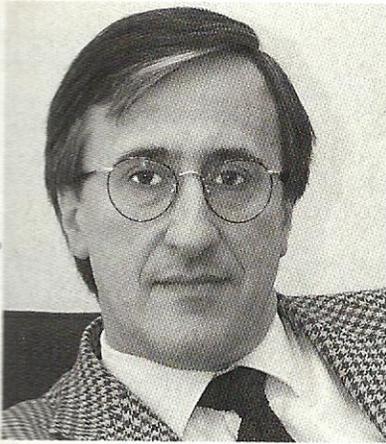


Foto Ricardo Palma Velga

**CADIN** por Carlos Filipe  
Psiquiatra

**“Após a euforia, o doente isola-se, sem interesse ou gosto pela vida, com sentimentos de desvalorização e de culpa,,**

## **PERTURBAÇÃO BIPOLAR**

### **RODOPIO**

*Volteiam dentro de mim,  
Em rodopio, em novelos,  
Milagres, uivos, castelos,  
Forças de luz, pesadelos,  
Altas torres de marfim.*

.....  
*Há vácuos, há bolhas de ar,  
Perfumes de longes ilhas,  
Amarras, lemes e quilhas –  
Tantas, tantas maravilhas  
Que se não podem sonhar!...*

Mário de Sá Carneiro

### **DISPERSÃO**

*Perdi-me dentro de mim  
Porque eu era labirinto,  
E hoje, quando me sinto,  
É com saudades de mim.*

.....  
*Desceu-me n' alma o crepúsculo;  
Eu fui alguém que passou.  
Serei, mas já não me sou;  
Não vivo, durmo o crepúsculo.*

.....  
*Castelos desmantelados,  
Leões alados sem juba...*

Mário de Sá Carneiro

A perturbação bipolar, antes conhecida como doença maniaco-depressiva, é caracterizada por uma alteração do humor, que oscila, alternando entre a elevação extrema (mania) e a depressão. Em fase maníaca o doente sente-se sobredotado, capaz de grandes realizações, e tudo se lhe afigura possível e ao alcance da mão. Nestas circunstâncias, mostra-se eufórico, manifestando um optimismo extremo e sentimentos de grandiosidade, com pensamento e discurso acelerados, divergindo rapidamente nos temas de conversa, pegando uns assuntos nos outros, com dificuldade em manter o rumo numa linha contínua de raciocínio. A atenção é dispersa e difícil de manter. O comportamento é agitado, desinibido e expansivo, extremamente sociável, ainda que eventualmente desadequado. Em frenesim, o doente envolve-se em numerosas actividades, que geralmente não termina, saltando de umas para as outras. Imprudente e respondendo ao impulso do momento, pode envolver-se em situações de risco, aventuras sentimentais desastrosas, compras excessivas, viagens inesperadas ou negócios irresponsáveis. A postura pode ser extravagante, a generosidade, excessiva e desadequada. Facilmente irritável e com grande emotividade, pode passar do riso ao choro ou da afabilidade à hostilidade em pouco

tempo, sem que nenhum destes estados pareça ter-lhe deixado o traço da sua passagem. A ausência de crítica, que caracteriza a mania, impede que o doente reconheça a doença e os seus sintomas. A recusa sistemática de ajuda médica é, por isso, a regra e só a intervenção de terceiros, familiares ou amigos, pode levar a ela. Após a euforia, quando esta passa e a depressão lhe toma o lugar, por vezes de forma abrupta, o mundo torna-se opaco. O doente isola-se, sem interesse ou gosto pela vida, com sentimentos de desvalorização e de culpa. Ao tomar consciência de si, dos excessos antes cometidos e confrontando-se com eles, mais se deprime. Nos casos graves podem surgir ideias de morte e suicídio (que ocorre em cerca de 20% dos doentes não tratados). A evolução da perturbação bipolar é crónica, com recorrência e alternância de episódios, mais ou menos espaçados, ao longo da vida. Esta alternância, entre a euforia e a depressão, e os estados de espírito que a envolvem, é retratada de forma exemplar na poesia de Mário de Sá-Carneiro. Com 26 anos de idade, a 26 de Abril de 1916, viria a suicidar-se, de smoking vestido, dramaticamente teatral, no quarto do hotel onde residia, em Paris.

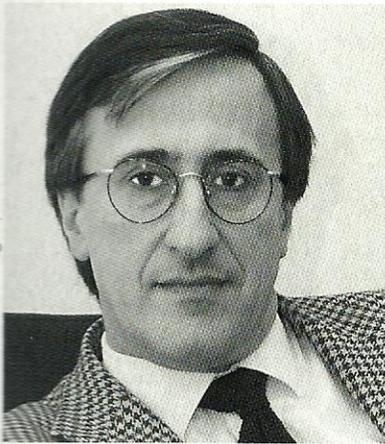


foto Ricardo Palma Veiga

**CADIN** por Carlos Filipe  
Psiquiatra

**“A excessiva e constante preocupação com o morto e a incapacidade de aceitar a perda e de se reestruturar, prolongando o luto muito para além do habitual, podem ser complicações que carecem de encaminhamento psiquiátrico ou psicológico e de tratamento apropriado,,**

## O LUTO

*Se neste apartamento me faltara  
Um desejo enganado da esperança,  
A vida consumida me deixara.*

... ..

Frei Agostinho da Cruz  
Elegia VIII

Os que partem deixam naqueles que os amam o vazio da separação e a esperança no regresso. Maior é, contudo, o vazio quando se sabe que o regresso nunca irá acontecer. Primeiro é o choque. Mesmo quando previsível, o momento da separação surpreende; mais surpreende, muito mais, quando nada o faz anunciar. A dor pode ser imensa, mental e física. Há uma recusa íntima em acreditar, o mundo afigura-se estranho, e nós, estrangeiros nele; a sensação pode ser de irrealidade, de vazio, de ausência. Os rituais que envolvem a morte e a despedida aos mortos assumem então grande importância e não devem ser abreviados, muito menos evitados. Variáveis com a cultura e a religião, eles têm em comum o essencial: encenando um adiamento da partida, tornam a separação menos súbita, confrontam com o incontornável da perda, permitem a despedida ou, na fé, a afirmação da esperança no reencontro,

a catarse do desgosto, o redefinir da vida com o vazio deixado pelo que parte e a mobilização em seu torno de uma nova trama social e de suporte entre os que ficam. Depois do choque vem a opressão, um tempo em que os pensamentos relacionados com o ente desaparecido são quase constantes e os sentimentos que eles evocam, vivenciados com intensidade: abatimento, saudade, raiva (contra terceiros, contra si mesmo, contra o morto, contra o Destino...). É então frequente sonhar com ele, despertar mesmo com a impressão da sua presença. Conflitos havidos em vida podem ser recordados com sentimento de culpa e a lembrança dos bons momentos, com sentimento de pena, por não terem sido mais ou mais bem desfrutados. Podem ainda surgir comportamentos de identificação, com adopção de posturas, práticas ou hábitos, característicos do falecido. Nesta fase há tendência para o isolamento social e são frequentes a tristeza, a fadiga, a incapacidade de experimentar prazer, ou ainda insónia ou falta de apetite. Esta vivência das memórias e dos sentimentos por elas evocados levará, desejavelmente, à construção de uma representação interna da pessoa perdida, que passará assim da realidade para a memória.

Este processo, dito de internalização, permite o ajustamento a uma nova realidade. Processo gradual, que emerge ao longo de meses a anos e termina, idealmente, no sentimento subjectivo de aceitação, na capacidade de recordar a pessoa perdida sem dor excessiva e na reorganização da vida, abrindo a possibilidade à existência de novas relações afectivas. O luto é, assim, a tradução de um processo de adaptação à perda, ainda que por vezes muito doloroso, com expressões frequentemente semelhantes às da depressão. É, contudo, um caminho que cada um, no seu tempo e ao seu ritmo, tem de percorrer, sob pena de não conseguir nunca elaborar de forma saudável a perda sofrida. O aparecimento de verdadeiros episódios depressivos, mais ou menos graves, é porém uma das formas pelas quais o luto pode ser complicado. A par destes, a excessiva e constante preocupação com o morto e a incapacidade de aceitar a perda e de se reestruturar, prolongando o luto muito para além do habitual, podem ser complicações que carecem de encaminhamento psiquiátrico ou psicológico e de tratamento apropriado. Eventualmente, só nestas situações tal acompanhamento se justificará.

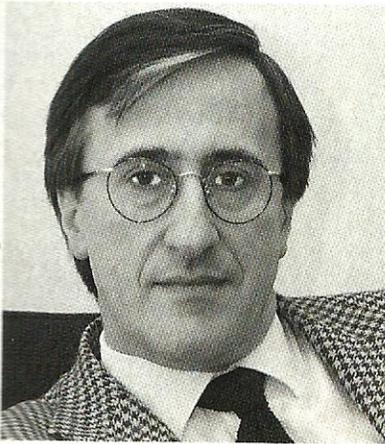


Foto: Ricardo Palma Veiga

**CADIN** por Carlos Filipe  
Psiquiatra

**“Não sendo curável, a PHDA (Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção) pode ser tratada com grande sucesso, pelo que a sua suspeita deve sempre levar o próprio ou os familiares a procurarem ajuda médica psiquiátrica,,**

## **HIPERACTIVIDADE COM DÉFICE DE ATENÇÃO NOS ADULTOS**

A Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA) é diagnosticada com frequência nas crianças e nos adolescentes, calculando-se que possa atingir três a cinco por cento dos indivíduos com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos. A desatenção constante, a incapacidade de estar quieto e o insucesso escolar são sinais que alertam os pais e os levam a consultar o médico ou o psicólogo. Tratando-se porém de uma perturbação do desenvolvimento, a PHDA prolonga-se frequentemente pela idade adulta, afectando cerca de 50% dos adultos a quem foi feito o diagnóstico na infância. Por outro lado, sendo uma perturbação com uma componente hereditária bem demonstrada, é identificada muitas vezes nos pais e nos irmãos das crianças a quem foi feito inicialmente o diagnóstico. O facto de estas pessoas estarem mais sujeitas do que a população em geral a sentir determinadas dificuldades e a sofrer acidentes, por serem descuidadas, bem como o facto de a PHDA surgir frequentemente associada a outras doenças psiquiátricas – entre elas, a doença bipolar, a depressão, a ansiedade,

ou as toxicodependências – ressaltam a importância do seu diagnóstico e tratamento, tanto nas crianças como nos adultos. A expressão clínica da PHDA nos adultos é, contudo, distinta da observada nas crianças. O crescimento, a vivência e, conseqüentemente, o amadurecimento da personalidade contribuem para que algumas das manifestações mais exuberantes observadas nas crianças, como a extrema irrequietude ou agitação, sejam raras no adulto. A impulsividade e, sobretudo, a desatenção tendem porém a persistir e podem causar incapacidades importantes no funcionamento emocional e social, particularmente evidentes nas relações interpessoais e no desempenho profissional. A severidade dos sintomas varia muito no adulto, bem como o grau de incapacidade que aqueles causam. Os adultos com PHDA apresentam com frequência uma baixa tolerância à frustração, acessos de mau génio com variações de humor súbitas e frequentes e uma baixa auto-estima. O receio de falharem é comum, podendo levar a que evitem situações em que possam ser avaliados e a que entrem no ciclo vicioso do insucesso. Têm com frequência grande dificuldade em organizar, iniciar e terminar tarefas, mesmo

as do dia-a-dia, com incapacidade de estabelecer prioridades e de terem a noção do tempo. Com frequência esquecem-se de compromissos, chegam atrasados ou à última hora, perdem objectos ou simplesmente não se recordam de onde os deixaram. Iniciam numerosos projectos entusiasticamente, mas acabam muito poucos e levam tempo excessivo a acabá-los. Procuram constantemente a novidade e aborrecem-se facilmente com a continuação, pelo que lhes pode ser difícil manter relações afectivas ou empregos estáveis. A desorganização sistemática pode causar grande incómodo aos que com eles vivem ou se relacionam de perto. A impulsividade e a desatenção podem causar problemas importantes no local de trabalho, levando a mudanças frequentes de emprego, quer por múltiplos despedimentos, quer porque os próprios se despedem, muitas vezes sem olhar a conseqüências. Não sendo curável, a PHDA pode ser tratada com grande sucesso, pelo que a sua suspeita deve sempre levar o próprio ou os familiares a procurarem ajuda médica psiquiátrica.

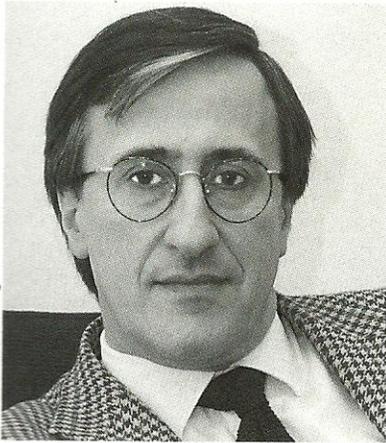


foto Ricardo Palma Veiga



por Carlos Filipe  
Psiquiatra

**“A insónia, à semelhança da febre,  
é um sintoma, isto é, uma manifestação  
que pode ter na sua origem causas  
muito diferentes,,**

## A INSÓNIA

“... a índia explicou-lhes que o mais temível da doença da insónia não era a impossibilidade de dormir, pois o corpo não sentia qualquer cansaço, mas a sua evolução inevitável para uma manifestação mais grave: a perda das memórias...”

Gabriel García Márquez  
in “Cem Anos de Solidão”

O sono ocupa cerca de um terço das nossas vidas. Ao longo de muitos anos pensou-se que durante o sono as funções vitais eram reduzidas ao mínimo e a actividade cerebral, ausente ou quase ausente. O sono era, por isso, considerado o período de repouso necessário ao corpo e à mente, para que estes se restabelecessem, à semelhança do que acontece com o descanso necessário ao corredor após a corrida. Contudo, ao contrário do que se supunha até cerca da segunda metade do século passado, sabemos hoje que durante o sono a actividade cerebral pode ser muito intensa, em alguns períodos mesmo tão intensa como a que se regista durante a vigília. Por outro lado, a necessidade de descanso físico não justifica, por si só, a necessidade de dormir, pois para tal bastaria permanecer sentado ou deitado sem ter de adormecer. Finalmente, as observações registadas em pessoas submetidas a longos períodos de vigília revelam que estas manifestam essencialmente sinais de alte-

ração de capacidades intelectuais, como sejam a atenção, a memória, alterações do humor, irritabilidade fácil, lentificação psicomotora e, em casos mais extremos, alterações perceptivas, com aparecimento de alucinações e delírios. Nestes casos, quando a pessoa finalmente adormece, o sono é mais profundo e os períodos de sono em que a actividade cerebral é mais intensa são mais prolongados. Parece assim evidente que, de alguma forma, o sono é um período muito importante para a estruturação da actividade cerebral. Em particular, os períodos de sono em que a actividade cerebral é mais intensa parecem assumir importância especial. Partindo destes pressupostos, uma das teorias mais aceites defende que o sono seria essencial para a estruturação e a ordenação da informação percebida durante a vigília e, desta forma, para a sedimentação das memórias. Muito resta, contudo, ainda por revelar sobre a natureza e as funções do sono.

As alterações do sono, e em particular a insónia, são, por outro lado, manifestações comuns de mal-estar que afectam, em alguma fase da vida, uma elevadíssima percentagem da população. Cabe, contudo, referir desde já que a insónia, à semelhança da febre, é um sintoma, isto é, uma manifestação que pode ter na sua origem causas muito diferentes. Assim, antes de mais, é importante descobrir o que a possa ter causado. Tratar a insónia,

por si só, não resolve nada na maioria esmagadora das situações, da mesma forma como baixar a febre administrando medicação antipirética não cura a infecção que eventualmente a originou. Pior ainda, a resolução simples da insónia (tal como a diminuição da febre), pode fazer desaparecer um sinal de alarme importante e deixar que a doença que lhe está na origem possa evoluir e agravar-se em silêncio. Numerosas perturbações psiquiátricas evoluem com alterações no sono, como é o caso das perturbações de ansiedade e das perturbações do humor (v.g. a depressão); para além destas, numerosas outras doenças médicas também se manifestam através de alterações do sono, nomeadamente algumas doenças respiratórias e certas doenças endócrinas, entre outras. Assim, no caso de existência de alterações persistentes do sono, é importante recorrer a uma consulta médica. A avaliação clínica (eventualmente psiquiátrica) e o recurso eventual a exames complementares de diagnóstico deverão, pois, ter como objectivo não só a resolução da insónia mas a determinação e a eventual resolução da patologia que lhe possa estar na origem.

carlos.filipe@cadin.net  
tel. 21 4858240

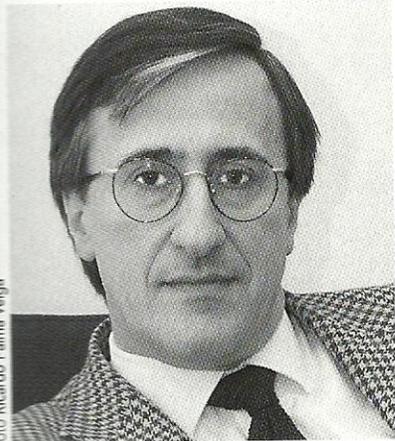


Foto Ricardo Palma Veiga

**“A perturbação da interacção social do bebé é geralmente o primeiro sinal que alerta para a hipótese de diagnóstico de autismo, o qual, nos casos mais graves, pode chegar a ser identificado antes do primeiro ano de idade,,**



por Carlos Filipe  
Psiquiatra

## O AUTISMO

O autismo resulta de uma perturbação no desenvolvimento do sistema nervoso, de início anterior ao nascimento, que afecta o funcionamento cerebral em diferentes áreas. A capacidade de interacção social e a capacidade de comunicação são algumas das funções mais afectadas. As pessoas com autismo têm, por isso, grande dificuldade, ou mesmo incapacidade, de comunicar, tanto de forma verbal como não verbal. Muitos autistas não têm mesmo linguagem verbal. Noutros casos, o uso que fazem da linguagem é muito limitado e desadequado. No que respeita à comunicação não verbal, há uma marcada incapacidade na sua utilização ou, pelo menos, uma grande desadequação na expressão gestual e mímica facial. Paralelamente, as pessoas com autismo têm uma grande dificuldade na interpretação da linguagem, que passa, nomeadamente, pela dificuldade na compreensão da entoação da voz e da mímica dos outros com quem se relacionam. O isolamento social é, a par das dificuldades de linguagem, outra das características nucleares do autismo. O termo autismo refere-se a isto mesmo – derivado da palavra grega *autos* (próprio), traduz a ideia de “estar mergulhado em si próprio”. O isolamento social do autista pode ser extremo, de tal forma que este pode parecer não ver, ignorando ou afastando qualquer coisa que lhe chegue do exterior. As crianças autistas podem não reagir de forma a anteciparem os estímulos (v.g. não se defendem da mão que simula que lhes vai bater) e preferem brincar sozinhas. Outra particularidade comum no autismo é a insistência na repetição. Assim, as pessoas com autismo tendem a seguir rotinas, por vezes

de forma extremamente rígida, ficando muito perturbadas quando qualquer acontecimento impede ou modifica essas rotinas. O balanceio do corpo, os gestos e os sons repetitivos são comuns, sendo mais frequentes em situações de maior ansiedade. Finalmente, é de referir que a maioria dos autistas tem também deficiência mental, com níveis significativamente baixos de funcionamento intelectual e adaptativo. Cerca de 30% dos autistas pode sofrer ainda de epilepsia.

Sendo o autismo resultante de uma perturbação do desenvolvimento embrionário, pode afirmar-se que se nasce autista. Ainda assim, como não é possível o diagnóstico pré-natal do autismo, nem este se manifesta por quaisquer traços físicos, o seu diagnóstico não é, em princípio, possível de ser feito nas primeiras semanas ou nos primeiros meses de vida. A perturbação da interacção social do bebé é geralmente o primeiro sinal que alerta para a hipótese de diagnóstico de autismo, o qual, nos casos mais graves, pode chegar a ser identificado antes do primeiro ano de idade. Calcula-se que em Portugal, à semelhança do que acontece noutros países, existam cerca de 5 casos de autismo por cada 10.000 habitantes, com uma prevalência nos rapazes cerca de quatro vezes superior à das raparigas.

A causa, ou as causas, específica do autismo é ainda desconhecida. Sabe-se, contudo que tem uma base genética importante. Sobre esta determinante genética seriam acumulados factores adicionais (do meio interno e/ou da envolvente) que eventualmente poderiam levar ao autismo e que seguramente contribuem para a sua expressão. Está, por outro lado, bem demonstrado que factores

como a relação mãe/bebé ou a educação não determinam em nada o aparecimento do autismo.

O autismo é uma condição crónica e irreversível. Não há cura para o autismo nem medicação específica que modifique de forma consistente as perturbações básicas da comunicação ou da interacção social que o caracterizam. Não é mesmo de esperar que nos tempos mais próximos seja possível encontrar a cura ou prevenir de forma eficaz o autismo. Trata-se de uma perturbação global do funcionamento cerebral, que afecta numerosos sistemas e funções, eventualmente com múltiplas causas e que se expressa de formas bastante diversas. A descoberta de um denominador comum (se é que ele existe...) que se pudesse tratar ou prevenir é, por isso mesmo, muito difícil. Há, contudo, medicamentos que podem aliviar sintomas e alterações comportamentais associadas ao autismo. Da mesma forma, pode verificar-se melhoria (ou agravamento) da expressão comportamental, em função do meio e de estratégias de reabilitação. A quase totalidade dos autistas será sempre incapaz de gerir de forma autónoma a sua pessoa e os seus bens, pelo que necessita, durante toda a vida, de estruturas sociais cuidadoras. Estas estruturas devem atender à natureza única de cada pessoa com autismo, criando condições que permitam a expressão máxima das capacidades individuais, ao mesmo tempo que a cuidam nas áreas de incapacidade.

carlos.filipe@cadin.net  
tel. 21 4858240

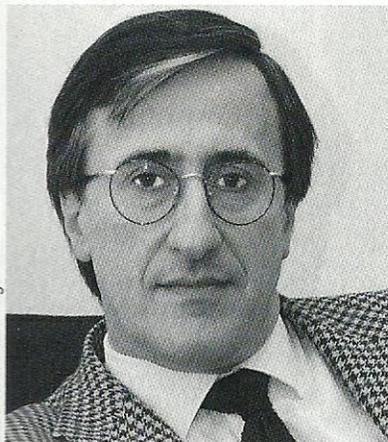


foto Ricardo Palma Veiga



por Carlos Filipe  
Psiquiatra

**“Não é por ser bonito que gostamos dele, também não é por ser inteligente, é porque é nosso filho,, Rabindranath Tagore**

## TER UM FILHO COM DEFICIÊNCIA

A presença de um filho com uma patologia grave do desenvolvimento constitui, por regra, um elemento de grave perturbação no seio de uma família.

Esse filho, em quem todos, e em particular os pais, tinham projectado esperanças e para quem anteviram um futuro; esse filho que os prolongaria, projectando-os para além do tempo das suas vidas e que deles guardaria e transmitiria a memória, esse filho nasceu diferente. Depois da surpresa, depois da incredulidade, da denegação (se calhar, não é o que parece...), do sentimento de injustiça, de pena, de perda, vem, tantas vezes, a culpa. Perguntam-se os pais o que correu mal, que mal fizeram e o que poderiam ter feito para o evitar. Tem de haver uma razão, um erro, um culpado. À dor de ter um filho com uma deficiência eventualmente grave soma-se a do sentimento, mesmo que infundado, de se ter sido dela responsável. Finalmente, a culpabilidade relacionada com os próprios sentimentos tidos em relação ao filho, muitos deles entendidos como maus, injustos, quando não inconfessáveis. A procura da causa e a vivência da culpa podem durar uma vida e interpor-se, sempre presentes, em pano de fundo, na relação que estes pais vão construir com esse seu filho. Pode iniciar-se então a

procura ansiosa da resolução, da cura, do milagre. Podem os pais nessa corrida perder a paz de que necessitam para se amarem e amarem o filho que têm; esquecidos de si mesmos têm, por isso, pouco espaço para a relação do casal. Demasiado preocupados, têm, também por isso, pouca disponibilidade para atender aos outros filhos, se os tiverem. Com alguma frequência podem surgir confrontos no casal relacionados com a educação e as atitudes a ter para com o filho deficiente, muitas vezes agravados por sentimentos de incapacidade ou frustração que, sendo sentidos pelo próprio, pai ou mãe, acabam por projectar no outro. A estes pode somar-se o isolamento progressivo dos membros do casal (ex.: o pai que passa a viver para o trabalho e a mãe que passa a viver para o filho) e o isolamento social da família (por falta de apoio, por vergonha...).

O equilíbrio do elemento doente, bem como o dos restantes membros da família, depende da adequação das relações que se estabelecem e, em particular do equilíbrio dos elementos cuidadores (mãe, pai). É, por isso, fundamental garantir que as famílias dos doentes com perturbações graves do desenvolvimento e em particular os pais, tenham apoio social adequado, apoio psicológico e referências seguras, ajudando-os a

perceberem que não estão sós. Em muitos casos, o recurso a apoio e aconselhamento familiar pode ser muito importante. Este apoio, dispensado por psicólogos ou psiquiatras, experientes neste tipo de intervenção, tem por objectivo fornecer mecanismos de controlo efectivo adaptados às particularidades de cada família (reduzindo as angústias, as ansiedades e o sentimento de incapacidade), ajudando a lidar com os sentimentos (culpa irracional, depressão, raiva, desapontamento, hostilidade, ressentimento) e a perceber, por exemplo, que amor e raiva podem coexistir.

Finalmente, a noção realista do que o filho com deficiência poderá ser capaz de conseguir (o pessimismo é provavelmente tão prejudicial como o optimismo exagerado), limitando de forma objectiva as áreas de intervenção e estabelecendo as prioridades (há investimentos que valem a pena e outros que não...), com vista a aumentar a sua independência em relação à família, planeando o seu futuro e evitando a tendência natural de superprotecção, é talvez um dos maiores desafios que se colocam a estas famílias.

carlos.filipe@cadin.net  
tel. 21 4858240



foto Ricardo Palma Velga

**CADIN** por Carlos Filipe  
Psiquiatra

**“A ocorrência de um acidente ou o aparecimento de uma doença grave que determine, de forma crónica e irreversível, modificações ou limitações importantes nas capacidades motoras, sensoriais, intelectuais, ou na esperança de vida, constituem pontos de viragem e de não retorno na biografia da pessoa que atingem,,**

## PSICOTERAPIA DE ACOMPANHAMENTO EM REABILITAÇÃO

“... Estou a afastar-me: Lenta mas inexoravelmente. Tal como o marinheiro, numa viagem, vê desaparecer a costa de onde partiu, sinto o meu passado esfumar-se... As pessoas retomam os seus lugares, os seus hábitos, e aquele primeiro regresso ao hospital confirma-me uma certeza: não há dúvida de que encetei uma nova vida e é ali, entre aquela cama, aquela cadeira, aqueles corredores, que ela decorre, e em mais parte alguma.”

Jean-Dominique Bauby  
In: “O Escafandro e a Borboleta”

A ocorrência de um acidente ou o aparecimento de uma doença grave que determine, de forma crónica e irreversível, modificações ou limitações importantes nas capacidades motoras, sensoriais, intelectuais, ou na esperança de vida, constituem pontos de viragem e de não retorno na biografia da pessoa que atingem. O corte com o passado e a perspectiva das limitações futuras podem ser avassaladores. Primeiro há a recusa, depois a raiva, o sentimento de injustiça, a impotência e o desalento. Só depois, por vezes só bastante depois, po-

de ser possível ao indivíduo aceitar e integrar essa nova condição na sua vida e reconstruir um projecto novo. Casos há, contudo, em que isto não chega a acontecer ou fica muito aquém das capacidades reais da pessoa com deficiência.

As dificuldades e limitações impostas pela doença podem, por si só, ser muito difíceis de ultrapassar pelo indivíduo sozinho, havendo necessidade de adaptação tanto deste como do meio que o rodeia. Muitas destas pessoas, bem como as suas famílias, carecem frequentemente de apoio psicológico. Esse apoio começa pela ajuda na aceitação da situação clínica, concretamente no que respeita à identificação das limitações resultantes e à sua presumível evolução. Os desafios que se colocam ao indivíduo com deficiência e à sua família podem depois determinar a necessidade de um acompanhamento que promova o desenvolvimento de um plano de reabilitação. Este plano terá por objectivo facilitar o ajustamento a uma nova situação e a sentimentos novos, bem como promover a reabilitação pessoal e social, tendo em consideração as limitações e capacidades do indivíduo com deficiência. O acompanhamento de reabilitação tem, assim, por objectivo ajudar indivíduos com deficiências físicas ou mentais (do desenvolvimento ou

traumáticas) a alcançarem vidas produtivas e independentes. Este acompanhamento pode ajudar a pessoa com deficiência no seu processo de integração. Os terapeutas que o realizam preocupam-se em assistir os indivíduos com deficiência, procurando maximizar o seu potencial e a sua independência. Eles ajudam as pessoas a lidarem com os efeitos pessoais, sociais e vocacionais da sua deficiência. Avaliam as capacidades e limitações dos indivíduos, providenciam um acompanhamento pessoal e vocacional e participam no processo de integração ou reintegração profissional. Assim, partindo das competências e aptidões do indivíduo e em conjunto com este, é possível desenvolver, sempre caso a caso, um plano de reabilitação que englobe alterações de projecto de vida, formação com vista ao desenvolvimento de determinadas competências, reorientação vocacional e, necessariamente, ajuda em todo o processo de luto.

[carlos.filipe@cadin.net](mailto:carlos.filipe@cadin.net)  
tel. 21 4858240

Nota: Escrito em colaboração com Rosa do Amaral, psicóloga clínica e psicoterapeuta de reabilitação ([rosa.amaral@cadin.net](mailto:rosa.amaral@cadin.net))

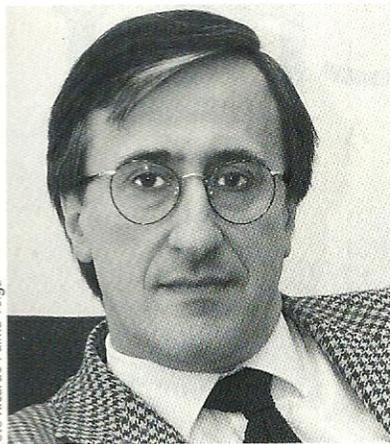


Foto Ricardo Palma Veiga



por Carlos Filipe  
Psiquiatra

**“A perturbação obsessivo-compulsiva é caracterizada pela recorrência de pensamentos não desejados e por actos repetitivos, igualmente não desejados, aos quais a pessoa, apesar de ter a perfeita noção de serem desprovidos de sentido, é incapaz de resistir,,**

## **A PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA**

A perturbação obsessivo-compulsiva (também conhecida pelas suas iniciais, POC) é caracterizada pela recorrência de pensamentos não desejados (designados por pensamentos obsessivos) e por actos repetitivos, igualmente não desejados, aos quais a pessoa, apesar de ter a perfeita noção de serem desprovidos de sentido, é incapaz de resistir (designados por rituais compulsivos). Os pensamentos obsessivos e as acções que lhes estão associadas não só não satisfazem a pessoa como lhe causam grande desconforto. A tentativa de lhes resistir causa, por outro lado, grande ansiedade. A natureza invasiva e perturbadora das obsessões e a premência e o tempo consumido na realização dos rituais compulsivos podem interferir dramaticamente com o funcionamento pessoal, familiar, social e profissional.

A POC é uma perturbação psiquiátrica que tende a surgir relativamente cedo, por vezes logo na infância ou, mais vulgarmente, durante a adolescência e o início da idade adulta. A evolução é, em geral, crónica com flutuações ao longo da vida, com períodos de melhoria relativa e outros de maior exacerbação dos sintomas. Trata-se de uma perturbação muito frequente que atinge perto de 2,5% da população, ainda que com gravidade e persistência variável, com prevalência praticamente semelhante em todo o mundo. A obsessão mais comum diz respeito ao re-

ceio da sujidade ou de contaminação. Tipicamente, as pessoas com esta obsessão tentam evitar tocar em todas as fontes de possível contaminação, como os puxadores das portas, interruptores, corrimãos, jornais, dinheiro, tocar noutros indivíduos ou, em casos mais extremos, tocar no seu próprio corpo. Quando isso acontece, iniciam rituais compulsivos de lavagem ou desinfecção, podendo chegar a consumir horas a lavar as mãos, a tomar banho ou noutras manobras de limpeza. O segundo tipo de obsessão mais frequente é o relacionado com a dúvida ou a incerteza em relação a acontecimentos ou a actos realizados. Estas pessoas são constantemente invadidas pela dúvida, associada à culpabilidade e à preocupação de, caso não verifiquem cuidadosamente o que fizeram, poderem magoar terceiros ou, em casos mais extremos, serem mesmo a causa de grandes calamidades. A verificação, a contagem e a reverificação dos actos realizados (por ex., fechar a porta, verificar as torneiras, apagar ou acender um interruptor, etc.), para além de poderem consumir imenso tempo, contribuem para criar mais dúvidas e incertezas e para aumentar a ansiedade, o que por sua vez leva a novas e repetidas verificações e contagens. Quando, finalmente, de uma forma ou doutra, a incerteza em relação a determinado acto é ultrapassada, o alívio é, por norma, pouco duradouro, só até nova incerteza se instalar. Outras obsessões comuns são a necessidade de simetria, a do receio de agredir ou magoar terceiros, as relacionadas

com doenças ou partes do corpo, as de carácter religioso e as de conteúdo sexual ou obsceno. A todas elas se associam, por regra, rituais compulsivos que, tendo por objectivo resolvê-las e eventualmente diminuir a ansiedade, contribuem para a sua perpetuação. Nem sempre estes rituais correspondem, contudo, a acções possíveis de ser observadas por terceiros, podendo consistir em contagens, orações repetitivas ou outros rituais de pensamento. A todas elas se associa a lentidão na realização das tarefas diárias, podendo actos tão simples como vestir-se, despir-se, confeccionar uma refeição ou sair de casa prolongarem-se por horas.

As pessoas que sofrem de POC tendem com frequência a isolar-se e temem falar acerca dos seus problemas, por vergonha ou receio de serem consideradas malucas. Este facto faz com que seja relativamente frequente a existência de pessoas que padecem de POC durante muitos anos, antes de procurarem ajuda médica. Muitos desconhecem ainda que esta condição tem tratamento. A medicação adequada e o acompanhamento psicológico, utilizando técnicas específicas dirigidas a este tipo de perturbações podem, na grande maioria das situações, levar a uma melhoria muito importante ou mesmo à resolução clínica.

[carlos.filipe@cadin.net](mailto:carlos.filipe@cadin.net)  
tel. 21 4858240

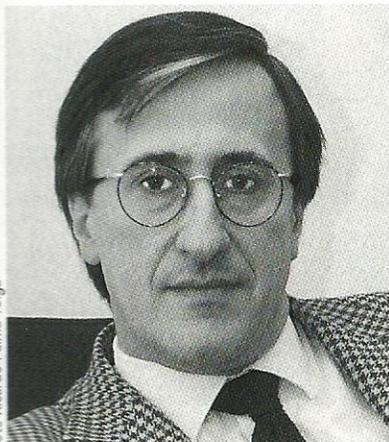


foto Ricardo Palma Veiga

**“As doenças ‘da mente’ manifestam-se na desarmonia de um ser que parece ter perdido o contacto consigo e com os outros, por sintomas e sinais, tantas vezes difíceis de confirmar,,**

**CADIN** por Carlos Filipe  
Psiquiatra

## **QUANDO O CORPO REFLECTE AS DORES DA MENTE**

*A sua primeira ideia foi que ia ter um enfarte ou uma apoplexia ou pelo menos um colapso cardíaco... Mas nada disso aconteceu. O ritmo cardíaco normalizou-se, o sangue voltou a irrigar regularmente a cabeça e os membros... Em vez disso, rodopiava agora no seu cérebro um turbilhão de ideias assustadoras e totalmente desconexas, como um bando de corvos negros gritando...*

Patrick Süskind  
In "A Pomba"

A ninguém espanta que o coração bata mais apressado, a respiração fique ofegante, o estômago doa ou as mãos tremam a quem, na expectativa do imprevisto, em momentos decisivos da vida, ansiando o melhor, teme a possibilidade do pior dos desenlaces ou a frustração das suas expectativas. O corpo, todos o sabemos de experiência vivida, reflecte as emoções e, quantas vezes contra a nossa vontade, desvenda e trai o que gostaríamos de esconder. É bem claro que corpo e mente não são separáveis no todo que somos nós. Na saúde ou na doença, o eu que sente e o eu que pensa ou o que come e o que

ama só artificialmente poderão ser desligados. Ainda assim, e em particular no que toca à doença, é com frequência mais fácil aceitar as doenças "do corpo". Estas vêem-se, podem ser confirmadas pelo olhar dos outros, quantificadas em valores ou assinaladas em imagens, são fáceis de apontar. Ao contrário destas, as doenças "da mente" manifestam-se na desarmonia de um ser que parece ter perdido o contacto consigo e com os outros, por sintomas e sinais, tantas vezes difíceis de confirmar. Frequentemente entendidas como fraquezas, são vistas amiúde como traduzindo falta de ânimo, de carácter ou de força de vontade. Nas doenças psiquiátricas não se observam, na maior parte dos casos, alterações ao exame médico objectivo, nem há valores alterados nas análises ou nos exames radiológicos, bem como são geralmente normais muitas outras provas ou registos que com frequência se multiplicam e repetem numa procura obstinada. Em suma, não há exames laboratoriais que atestem a sua existência ou controlem a sua progressão e a avaliação é feita, antes de mais, através da escuta atenta do doente em consulta, da evocação dos sinais e sintomas e do estudo da sua evolução. Nem por isso são, como sabemos, estas doenças menos incapacitantes. Característica importante das perturbações psiquiátricas é a de afectarem a visão que o indivíduo

tem de si próprio e do mundo que o rodeia. É por isso que admitir a doença psiquiátrica pode ser admitir o medo de se perder o controlo sobre si mesmo, sobre os actos e os sentimentos, o medo de quebrar esse fio ténue da individualidade e da coerência que nos faz sentirmo-nos nós mesmos e nos liga aos que nos rodeiam. Quando a ameaça da dor mental é grande – e que dor pode ser maior do que o medo da desagregação, o medo do abandono, o medo da solidão, o medo da morte (que é a outra face do medo da vida...), o medo, enfim, de não ter quem nos proteja do medo –, quando a ameaça da dor mental é grande, dizia, a dor física pode ser um alívio senão, pelo menos, um refúgio. Surge então o peregrinar de médico em médico, a multiplicação de exames e de diagnósticos, mais ou menos inconclusivos, as inúmeras medicações, as intervenções que sendo dirigidas ao corpo ou ao órgão assinalado como doente esquecem a pessoa que sofre. Sofrimento estranho este, que só a dor logra fazer esquecer e que só sendo exibido dá à pessoa que o sente a segurança da proximidade dos que dela se compadecem e em função disso a cuidam.

**carlos.filipe@cadin.net**  
**tel. 21 4858240**

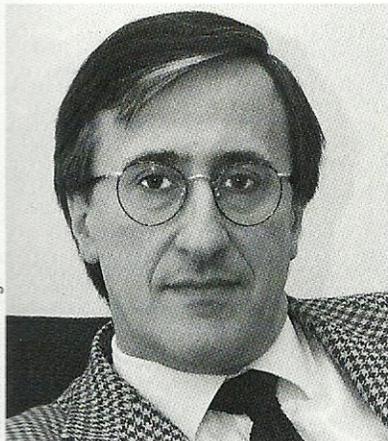


foto Ricardo Palma Voiga



por Carlos Filipe  
Psiquiatra

**“Tal como na população em geral,  
a ocorrência de eventos sentidos  
como negativos pelo próprio pode levar  
à depressão, por vezes grave nas pessoas  
com perturbações do desenvolvimento,,**

## A DEPRESSÃO E A DEFICIÊNCIA MENTAL

A depressão é uma das complicações psiquiátricas que ocorrem com maior frequência nas pessoas com deficiência mental (vulgarmente denominada por atraso mental). Na verdade, mais de metade das pessoas com deficiência mental ou com perturbações graves do desenvolvimento (em particular, as pessoas com perturbações do espectro do autismo) sofrem de depressão em algum momento das suas vidas. Os episódios depressivos são ainda com frequência recorrentes, prolongados e graves. Apesar disso, a depressão, mesmo a depressão grave, tende a passar despercebida ou a ser dificilmente identificada nas pessoas com deficiência mental.

A dificuldade de aceder e exprimir sentimentos, a deficiência cognitiva e as eventuais perturbações da linguagem associadas às perturbações do desenvolvimento alteram e mascaram com grande frequência a expressão dos sintomas de depressão nesta população. Os problemas de diagnóstico nestas pessoas são, por isso, importantes.

Uma das dificuldades principais tem a ver com a apresentação sintomática que é aqui frequentemente atípica. Assim, ao invés do humor triste, da apatia e da lentidão motora, da falta de iniciativa ou do isolamento social (que também podem estar presentes...), a ocorrência de episódios depressivos pode traduzir-se por irritabilidade, impulsividade, agitação e mesmo agressividade, por vezes súbitas e aparentemente sem motivo. A alteração dos padrões de sono (que se pode traduzir num aumento dos períodos de sono ou em insónia) e a modificação dos hábitos alimentares (em particular, a diminuição marcada do apetite e a recusa alimentar) são manifestações que com alguma frequência se associam à depressão e que podem ser sinais de alarme nas pessoas com deficiência mental. A recusa em participar em actividades que anteriormente eram desempenhadas com agrado, a fadiga fácil e a aparente falta de energia são outros sinais que podem alertar para a presença de depressão.

Tal como na população em geral, a ocorrência de eventos sentidos como negativos pelo próprio pode levar à depressão, por vezes

grave nas pessoas com perturbações do desenvolvimento. A fragilidade intelectual e social destas pessoas é aqui um factor facilitador. A maior dificuldade de ajustamento e de adequação às situações do dia-a-dia, a discriminação, o estigma e o abuso (as pessoas com deficiência mental são vítimas de abuso sexual com uma frequência que é cerca de duas vezes superior à da população em geral) são alguns factores que determinam o risco acrescido desta população. O stress, as perdas, o status sócio-económico baixo, a falta de apoio social e a idade avançada são factores de risco ainda maior.

As alterações do comportamento, por mais desajustadas ou agressivas que sejam, podem ser assim as únicas formas pelas quais a pessoa com deficiência consegue manifestar a mágoa e o sofrimento que sente e não compreende, as únicas formas, as formas desesperadas, de comunicar com um mundo a cuja linguagem não acede.

[carlos.filipe@cadin.net](mailto:carlos.filipe@cadin.net)  
tel. 21 4858240

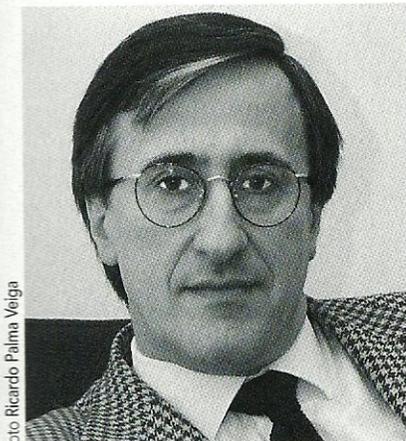


Foto Ricardo Palma Veiga

**CADIN** por Carlos Filipe  
Psiquiatra

## A ESQUIZOFRENIA

*Eu não estou doido.  
Tenho sido manejado como um puro  
manequim.  
Os seus meios de manejo... são, já  
a tortura, já a sugestão, já o veneno.  
A tortura consiste em maus tratos aqui,  
sequestros, insultos, intriga por aí, etc.  
A sugestão consiste em alusões  
nas conversas, recadinhos como que  
involuntariamente enviados, etc.  
O veneno, esse é o subministrado nas  
comidas... e consiste em venenos locais,  
vírus infecciosos e micróbios...  
Por meio d'estes venenos são-me senhores  
do cérebro, (que legam, manejam,  
sobrecitavam, centro por centro, fazendo-me  
assim, rir, chorar, estar triste, falar, estar  
calado) - ...*

Ângelo de Lima  
In Poemas in Orpheu 2 e outros escritos

A esquizofrenia é uma doença mental que causa deterioração marcada da personalidade, com modificações profundas na vida de relação da pessoa. Sabe-se que se trata de uma perturbação no funcionamento do Sistema Nervoso Central, para a qual contribuem factores genéticos e do meio ambiente. Afecta homens e mulheres, sendo que as primeiras manifestações surgem, na maioria dos casos, entre os 15 e os 25 anos de idade nos homens e um pouco mais tarde, entre os 25 e os 30 anos, nas mulheres. Delírios (ideias, crenças falsas), alucinações (ouvir vozes, sentir coisas no corpo, cheiros ou sabores que não existem) e perturbação marcada do pensamento e do contacto com a realidade fazem parte dos sintomas da es-

**“A esquizofrenia é uma doença mental que causa deterioração marcada da personalidade, com modificações profundas na vida de relação da pessoa. Sabe-se que se trata de uma perturbação no funcionamento do Sistema Nervoso Central, para a qual contribuem factores genéticos e do meio ambiente,,**

quizofrenia. O doente passa a existir num mundo próprio, em que os pensamentos e as sensações que lhe ocorrem em consequência da doença coexistem com a realidade de uma forma indistinta (a pessoa não distingue os delírios e as alucinações de outros pensamentos e sensações reais). A sua relação com o que a rodeia muda profundamente, tudo passa a ser interpretado e vivido à luz de uma nova construção mental, havendo, conseqüentemente, uma interrupção biográfica, como se ocorresse um corte na história de vida da pessoa.

Na tentativa de reencontrar ordem e significado para o que lhe está a acontecer, o doente reconstrói a “sua” realidade, podendo acreditar que algo o está a controlar (pessoas, forças estranhas), que alguém lhe quer mal (as vozes ameaçam-no ou insultam-no, acredita que as pessoas na rua, mesmo as desconhecidas, se referem a ele de forma desagradável...), ou sente-se detentor de capacidades ou poderes especiais (acredita que tem contacto com outros mundos, que tem uma missão especial a cumprir, que o seu poder influencia de forma decisiva os acontecimentos internacionais...). Entra em diálogo com as vozes que ouve, sendo frequente a família referir que o doente “passa horas a falar sozinho como se estivesse alguém com ele”. Passa, então, a agir em conformidade com esta nova “realidade”. A expressão dos seus sentimentos também se altera, podendo a pessoa parecer apática, desinteressada, não manifestando a emoção adequada a cada momento, por vezes rindo inusitadamente. Pode faltar-lhe a energia e a motivação, preferindo isolar-se e abandonando, tanto o convívio (familiar e

social), como as actividades que anteriormente desempenhava, na sua globalidade. Entregue a si própria, esta doença crónica determina uma marcada deterioração da personalidade, tanto mais grave quanto mais tempo permanecer sem tratamento. Se diagnosticada e tratada precocemente, graças aos extraordinários avanços verificados na medicação psiquiátrica, sobretudo na última década, estes doentes podem, hoje em dia, preservar muito melhor as suas vidas, familiar, social e profissional.

A medicação, denominada antipsicótica, destina-se a tratar os sintomas acima descritos e a prevenir a recorrência de novas crises. Porém, deverá ser tomada de forma regular, por longos períodos ou mesmo durante toda a vida e sempre sob observação médica periódica. É essencial que a família e os cuidadores próximos do doente sejam conhecedores da doença e, em particular, dos seus sinais precoces de descompensação. O apoio familiar, bem como o suporte social são fundamentais para a boa evolução destes doentes e fazem parte integrante do seu tratamento. Desta forma, família e cuidadores devem eles próprios sentir-se apoiados e esclarecidos.

Informações úteis em: [www.aeape.pt](http://www.aeape.pt)

e [www.rethink.org](http://www.rethink.org)

Escrito em co-autoria com:

Ana do Rosário Santa Clara (psiquiatra)

Tel. 21 8480386

ou [anasantaclara@netcabo.pt](mailto:anasantaclara@netcabo.pt)

**carlos.filipe@cadin.net**  
tel. 21 4858240

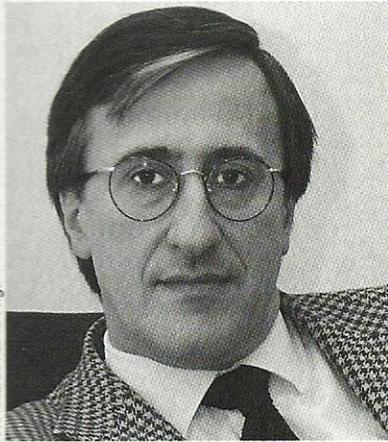


Foto Ricardo Palma Veiga

**CADIN** por Carlos Filipe  
Psiquiatra

## SÍNDROME DE ASPERGER EM ADULTOS

Em 1943, o pediatra austríaco Hans Asperger (1906-1980) submeteu à Clínica Pediátrica da Universidade de Viena uma tese de doutoramento, que seria publicada no ano seguinte, descrevendo o que designou por "Psicopatia Autística". O texto de Asperger, escrito em alemão, foi contudo pouco divulgado, tendo sido quase ignorado até perto da década de 1980. A tradução em língua inglesa, em 1991, viria a contribuir decisivamente para a grande divulgação que o trabalho de Asperger tem hoje, constituindo um marco no estudo das perturbações do desenvolvimento. Como pediatra que era, Hans Asperger interessou-se essencialmente pelas alterações do desenvolvimento infantil, dando especial atenção ao estudo de crianças com dificuldades de contacto social e problemas graves de comportamento. As crianças descritas por Asperger tinham grande dificuldade na interação social e na comunicação. Em particular, tinham dificuldade na compreensão e na expressão da mímica corporal, para além de peculiaridades na comunicação verbal (desajuste da entoação e altura da voz) e não verbal (desvio do olhar, desadequação dos gestos e da mímica), bem como posturas corporais por vezes peculiares. A fala, ainda que formalmente correcta, era frequentemente desadequada por surgir fora de contexto ou ser demasiado pretensiosa (uma "linguagem de adultos"...), não atendendo às circunstâncias ou ao tipo de interlocutores. A par destas alterações exibiam ainda comportamentos repetitivos, fixação em rotinas e marcada resistência à mudança (à mudança de horários, de programas, de disposição de objectos, etc.). Por vezes, manifestavam interesse muito especial por determinados assuntos, a que se

**“Hans Asperger interessou-se essencialmente pelas alterações do desenvolvimento infantil, dando especial atenção ao estudo de crianças com dificuldades de contacto social e problemas graves de comportamento,,**

dedicavam de forma exagerada e obsessiva, colecionando e sistematizando objectos ou informações, em actividades solitárias. Essas áreas de interesse podiam corresponder a domínios em que compilavam imensa informação ou exibiam grande perícia (por vezes, incorrectamente entendida como genial), o que contrastava com marcadas incapacidades em muitas outras áreas. Tudo isto a par de uma aparência física absolutamente normal e de uma inteligência igualmente normal (ocasionalmente, mesmo acima da média). Descrita em crianças, a Síndrome de Asperger, como viria depois a ser designada, teve uma rápida divulgação e tem merecido especial atenção por parte dos pediatras do desenvolvimento, psiquiatras e neurologistas da infância e da adolescência. Tratando-se, porém, de uma perturbação do desenvolvimento do Sistema Nervoso, prolonga-se inevitavelmente pela vida adulta, afectando de forma determinante, e frequentemente grave, a vida de relação e a autonomia do indivíduo. Influenciada pelo crescimento, pela experiência e pela aprendizagem, a apresentação dos sintomas nos adultos é necessariamente diferente. Assim, mais do que o isolamento social, que apesar de tudo persiste com frequência, é a grande desadequação social que chama a atenção. A dificuldade sistemática de compreensão para além do explícito (por ex., incapacidade de interpretação de textos, metáforas, anedotas ou segundos sentidos) conduz invariavelmente a problemas escolares e profissionais e torna-os alvos fáceis de chacota e abuso por parte de colegas. A rigidez, a restrição de interesses e o comportamento obsessivo (em relação aos quais não têm crítica e se sentem mesmo confortáveis) prolongam-se por toda a vida e podem ser o principal obstá-

culo à integração social e profissional. Por tudo isto, as suas relações interpessoais são muito difíceis e são quase sempre incapazes de estabelecer relações afectivo-sexuais estáveis. A autonomização pode nunca chegar a acontecer.

A fragilidade social destas pessoas torna-as ainda mais vulneráveis ao aparecimento de outras perturbações psiquiátricas, sendo a depressão muito frequente nos adultos, sobretudo nos indivíduos de comportamento mais passivo. Menos familiarizados com a avaliação sistemática de Perturbações do Desenvolvimento e eventualmente mais atentos aos sintomas actuais dos doentes do que à sua evolução desde a primeira infância, os psiquiatras de adultos podem, por seu lado, ter dificuldade no estabelecimento do diagnóstico de Asperger nos pacientes que a eles recorrem com sintomatologia depressiva ou outra, sugestivas de doença psiquiátrica. A necessidade de ultrapassarem esta dificuldade impõe-se tanto mais quanto é frequente apresentarem-se por primeira vez em consulta de Psiquiatria pessoas com Síndrome de Asperger já na idade adulta e sem que este diagnóstico lhes tenha alguma vez sido feito. O acompanhamento adequado que se deve seguir ao diagnóstico, facultando o treino de competências, o suporte familiar e o apoio psicológico e psiquiátrico são essenciais no sentido de ajudar as pessoas com Síndrome de Asperger a usarem da melhor forma as suas competências e a melhor conviverem com as suas incapacidades.

carlos.filipe@cadin.net  
tel. 21 4858240

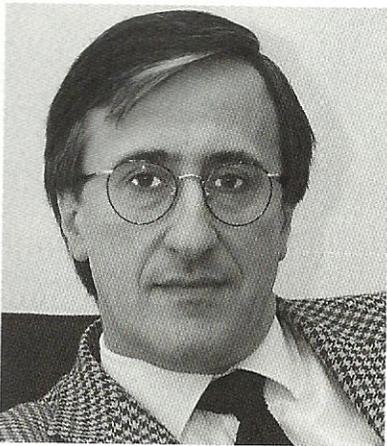


foto Ricardo Palma Veiga

**CADIN** por Carlos Filipe  
Psiquiatra

**“É hoje sabido que a hospitalização impõe múltiplos factores de tensão, tanto às crianças como aos pais, e pode constituir um risco importante para a saúde mental, tanto a curto como a longo prazo,,**

## A CRIANÇA HOSPITALIZADA

“Uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou os seus substitutos junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado.”

“Os pais devem ser encorajados a ficar junto do seu filho, devendo ser-lhes facultadas facilidades materiais...”

“As crianças e os pais têm o direito de receber informações sobre a doença e os tratamentos, adequadas à idade e à capacidade de compreensão, a fim de poderem participarem nas decisões que lhes dizem respeito.”

2º, 3º e 4º pontos da “Carta da Criança Hospitalizada”, aprovada em Leiden em 1988

Voltavam de férias da praia quando a filha, de 5 anos, começou a queixar-se de dores de cabeça. Depois vieram a febre e a prostração, que os levaram a recorrer, ainda com as malas no carro, ao serviço de urgência do hospital pediátrico, de onde a criança não sairia na semana e meia que se seguiu. Estava-se então a meio da década de 80 e a permanência dos pais no internamento não era permitida. “Infecto-contagiosas – Proibida a entrada”: o cartaz barrava-lhes a entrada e intimidava os visitantes com ameaças veladas de contágio. Limitados à hora das visitas, os pais viviam a angústia do diagnóstico que a separação imposta tornava mais opressora. Esperava-se com sufoco a hora da visita e depois sufocava-se o soluço no aperto angustiada da brutalidade da separação quando a hora acabava. Vinte anos passaram e a filha, hoje

uma mulher, ainda recorda a enfermaria e os corredores onde esses dias se escoaram, a sensação de desprotecção, o chamamento vão na noite vagamente iluminada pela luz de presença, os outros meninos como ela, a correr, a empurrar um tripé com o frasco de soro, os tectos altos, o abandono dos pais. Passaram vinte anos e já muitas coisas mudaram. Há poucas semanas, o irmão mais novo, com 4 meses de idade, foi internado e os pais já o puderam acompanhar, permanecendo a seu lado nesse período tão difícil para todos. É hoje sabido que a hospitalização impõe múltiplos factores de tensão, tanto às crianças como aos pais, e pode constituir um risco importante para a saúde mental, tanto a curto como a longo prazo. A presença dos pais ajuda a criança a suportar melhor a hospitalização e aqueles sentem que os filhos estão mais protegidos e as suas necessidades mais satisfeitas. Por outro lado, a segurança das crianças é influenciada de forma determinante pela segurança sentida pelos pais. Para estes, é importante perceberem o que se está a passar em todos os momentos, serem tranquilizados e ajudados a lidar com o medo e a incerteza. É hoje bem sabido que a evolução da doença é influenciada de forma muito positiva por este clima de segurança. Para tal é igualmente importante a existência de um espaço de privacidade que permita a intimidade entre os pais e o seu filho doente, que se mostra aqui mais indefeso e dependente. No quarto onde o bebé foi internado, com cerca de vinte metros quadrados, estavam instalados cinco berços, duas mesas-de-

-cabeceira e um muda-fraldas. No mesmo espaço deveriam ser acomodados as mães e os pais, distribuindo-se por três sofás (mais não cabiam...), cuja espuma amarela espreitava através de rasgões que fendiam de alto a baixo o forro de napa. Por sorte, durante essa semana só dois berços foram ocupados. O quarto-enfermaria (que não tinha porta) ficava à frente do balcão de enfermagem, onde o vaivém incessante e o ruído das conversas se sobrepunham ao choro dos bebés desesperados de sono, com os seus ritmos alterados. Aqui os ritmos eram outros. Mais do que a biologia das crianças, eram os ritmos dos turnos, das luzes que se acendem e apagam a qualquer hora, dos gestos que se repetem, dos aparelhos que apitam, que pautavam aquele universo. Como aquela enfermeira que noite dentro discutia a ple-nos pulmões, manifestando a sua indignação com a mãe, exausta por várias noites sem dormir, que se opunha a que o antibiótico prescrito de oito em oito horas fosse, pela segunda vez consecutiva, ministrado ao seu bebé duas horas antes do previsto, por isso melhor convir à organização dos turnos. O pai destas crianças sou eu, e os hospitais pouco importa aqui referir quais são, seguro como estou de não serem excepções. Algumas mudanças são inacreditavelmente difíceis; a das mentalidades é porventura a mais difícil de todas.

carlos.filipe@cadin.net  
tel. 21 4858240

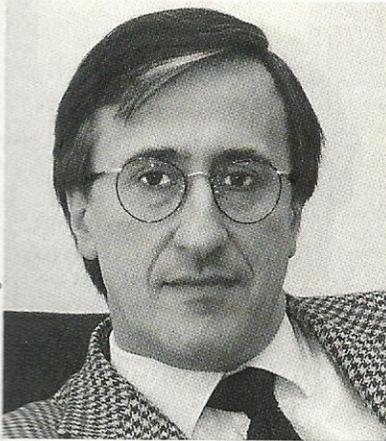


foto Ricardo Palma Veiga

**CADIN** por Carlos Filipe  
Psiquiatra

**“Deus me dê a serenidade de aceitar  
o que não posso mudar, coragem para mudar  
o que pode ser mudado e sabedoria  
para perceber a diferença,,**

**Oração da serenidade**

## PARA LÁ DA CURA

Há poucas semanas, quando participava num fórum numa estação de rádio, dedicado ao tema do autismo, uma mãe, ouvinte do programa, contestou vivamente a afirmação que eu havia feito poucos minutos antes, de que não é conhecida cura para esta Perturbação do Desenvolvimento. Sendo assim, questionava essa mãe, que esperança pode haver?

À semelhança do que acontece com tantas outras doenças, não se conhece de facto cura para o autismo. É possível mesmo que o autismo não tenha cura. Se pensarmos no autismo como sendo resultante de um transtorno grave que ocorre durante o desenvolvimento do Sistema Nervoso Central, eventualmente durante as suas fases mais precoces de maturação, podemos admitir que as alterações se tornem irreversíveis quando o Sistema Nervoso atinge fases mais avançadas de desenvolvimento. A inexistência de cura não implica contudo a ausência de esperança; muito menos implica que não se tenha de intervir activamente no sentido de ajudar a minorar as dificuldades das pessoas autistas e das suas famílias. Sabemos hoje mais sobre o autismo, como sabemos mais sobre a maioria das doenças, do que alguma vez soubemos.

O enorme progresso da medicina, no que respeita tanto à compreensão da natureza das doenças como ao seu diagnóstico e ao seu tratamento, coloca à nossa disposição meios de intervenção cada vez mais poderosos. Mais do que nunca se promove a troca de informação entre os profissionais de saúde e, mais do que nunca, essa informação está à disposição de todos. Este acréscimo de conhecimento e informação leva a uma maior referenciação de casos e a um maior número de diagnósticos, o que pode criar mesmo a ideia de estar a haver um aumento da incidência destas patologias nas sociedades actuais. O certo é que há alguns anos muitos casos não eram identificados e diagnosticados como autismos, por falta de reconhecimento das particularidades que caracterizam estas perturbações e eram, por isso, classificados como esquizofrenias ou deficiências mentais, mais ou menos profundas.

A facilidade de acesso à informação é porém uma moeda de duas faces: a par de informação séria, rigorosa e bem fundamentada, é fácil a divulgação de informação falsa ou não esclarecida. As terapias mais variadas são propostas e divulgadas todos os dias, arrogando-se frequentemente o conhecimen-

to de soluções definitivas ou milagrosas, sob as mais diversas formas e segundo as mais diversas orientações, por pessoas ou grupos muitas vezes bem-intencionados, ocasionalmente oportunistas, que as oferecem ou vendem. O optimismo excessivo pode ser, contudo, tão prejudicial como o pessimismo excessivo; a esperança infundada, tão prejudicial como o desânimo. Podem as famílias esgotar-se na procura da cura e não chegarem a procurar nunca os recursos que as poderiam ajudar a viver melhor. A ausência de cura não é a ausência de esperança, pelo contrário, o reconhecimento e a aceitação da doença, quando incurável, são os primeiros passos para refazer uma vida e mobilizar os recursos que permitirão viver de forma diferente, promovendo as capacidades da pessoa deficiente e ajudando-a a ultrapassar as dificuldades que, eventualmente, sempre terá.

Nota: Sobre autismo, pode consultar:

<http://www.apsa.org.pt>

<http://www.appda-lisboa.org.pt>

<http://www.autism-society.org>

<http://www.nas.org.uk>

**carlos.filipe@cadin.net**  
**tel. 21 4858240**



foto Ricardo Palma Velga



por Carlos Filipe  
Psiquiatra

**“A doença de Alzheimer é menos frequente nas pessoas com hábitos alimentares saudáveis e sem factores de risco de doença cardiovascular, e naquelas que ao longo da vida mantêm uma actividade intelectual intensa,,**

## A DEMÊNCIA DE ALZHEIMER

À medida que a esperança de vida aumenta e a população vai envelhecendo, a prevalência das doenças associadas ao envelhecimento tende, naturalmente, a aumentar. Algumas doenças psiquiátricas como a depressão e, em particular, as perturbações da memória são exemplos bem conhecidos de doenças que se tomam mais frequentes com o envelhecimento. Entre as perturbações que determinam a deterioração da memória, associadas ao envelhecimento, as demências surgem, quer pela sua gravidade, quer pela sua relativa frequência, como sendo das mais importantes.

A demência é uma entidade clínica caracterizada pela perda progressiva de capacidades intelectuais múltiplas (designadas por capacidades cognitivas) entre as quais se inclui a memória (entendida aqui como a capacidade de registar, reter, recordar e reconhecer informação). Para poder ser feito o diagnóstico de demência, esta perda de capacidades deve ser suficientemente severa para interferir de forma importante com o dia-a-dia e a qualidade de vida do indivíduo. Para além da perda de memória (em particular, da memória para os factos mais recentes), há ainda com frequência perda de capacidade de orientação no espaço (dificuldade em se localizar ou perder-se com facilidade) e de se situar no tempo

(perder a noção das horas e das datas). Surgem ainda alterações da linguagem, perda das capacidades de leitura e de escrita, das capacidades de cálculo, e dificuldade no reconhecimento de pessoas, lugares ou objectos, entre outras. Estas alterações que, como antes referi, se manifestam de forma progressiva, decorrem sem perda de consciência, isto é, mantendo-se o indivíduo acordado e sem outros sinais ou sintomas de doença que as possam justificar. A evolução da doença leva progressivamente a uma maior dependência do doente em relação a terceiros, acabando em regra numa dependência total, podendo necessitar de ajuda para se cuidar, alimentar e mover. As alterações de comportamento e as alucinações (ver pessoas, objectos ou lugares que não existem, ouvir vozes, etc.) são frequentes na fase mais adiantada da doença.

A maioria dos doentes com demência tem doença de Alzheimer e uma minoria tem demência por causas vasculares (ocorrência de numerosos pequenos acidentes vasculares no cérebro). Outras formas de demência são bastante mais raras.

A evolução da doença de Alzheimer é, em geral, bastante lenta, decorrendo ao longo de vários anos. As causas da doença de Alzheimer não estão ainda bem esclarecidas. Apesar de se saber que para o seu aparecimento contribuem necessariamente factores genéticos, as formas hereditá-

rias são bastante raras. Assim, o facto de um elemento da família sofrer da doença de Alzheimer não aumenta necessariamente o risco de os outros membros da família sofrerem da doença. Da mesma forma sabe-se que não é transmissível.

Não se conhece ainda, infelizmente, tratamento curativo para a doença de Alzheimer, para o que contribui seguramente o facto de não conhecermos a sua causa. Existem contudo vários medicamentos que podem melhorar muito os sintomas da doença e atrasar de forma importante a sua progressão. O diagnóstico, o acompanhamento médico e a terapêutica precoces são, por isso, de grande importância. Da mesma forma não se conhece a maneira de prevenir o aparecimento desta doença; sabe-se, isso sim, que a doença de Alzheimer é menos frequente nas pessoas com hábitos alimentares saudáveis e sem factores de risco de doença cardiovascular, e naquelas que ao longo da vida mantêm uma actividade intelectual intensa.

Nota: Sobre a doença de Alzheimer, pode consultar:

<http://www.alzheimerportugal.org>

<http://www.alzheimer-europe.org>

**carlos.filipe@cadin.net**  
tel. 21 4858240

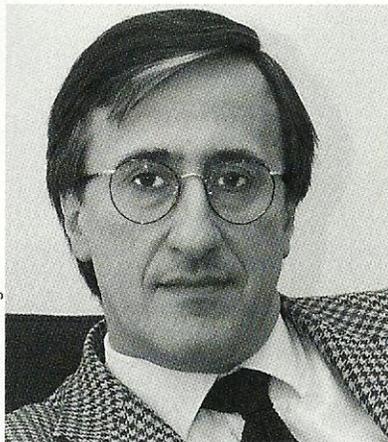


foto Ricardo Palma Veiga



por Carlos Filipe  
Psiquiatra

**“Inicialmente associada a acontecimentos de guerra, a perturbação de stress pós-traumático pode surgir após a ocorrência de traumas graves de várias naturezas que vão dos acidentes naturais (tremores de terra, inundações, etc.) a situações de guerra ou terrorismo, dos episódios de abuso ou violação às situações traumáticas mais correntes no dia-a-dia, como os acidentes graves de viação,,**

## STRESS TRAUMÁTICO EM CRIANÇAS

A perturbação de *stress* pós-traumático é definida como sendo uma perturbação de ansiedade, desencadeada por um incidente traumático grave, em que a integridade ou a vida do próprio ou a de terceiros na sua presença foi eventualmente colocada em risco. Característico desta perturbação é o facto de as imagens do episódio traumático serem evocadas pelo próprio, de forma viva, persistente e involuntária, até muito tempo depois. Para além desta recorrência intrusiva da imagem do trauma, surge uma atitude de ansiedade e alerta persistentes, bem como o evitamento de todas as situações que possam ser relacionadas com o acontecimento traumático. Inicialmente associada a acontecimentos de guerra, a perturbação de *stress* pós-traumático pode surgir após a ocorrência de traumas graves de várias naturezas que vão dos acidentes naturais (tremores de terra, inundações, etc.) a situações de guerra ou terrorismo, dos episódios de abuso ou violação às situações traumáticas mais correntes no dia-a-dia, como os acidentes graves de viação. Apesar de esta perturbação poder atingir tanto adultos como adolescentes ou crianças, só nos últimos dez a vinte anos os efeitos psicológicos do trauma nas crianças começaram a ser devidamente valorizados. Ainda assim, a severidade das perturbações psicológicas provocadas por acontecimentos traumáticos em crianças é frequentemente subestimada pelos adultos. O facto de as

crianças fugirem a tudo o que lhes lembra o incidente e o receio dos pais de falarem no assunto podem levar a uma falsa ideia de ausência de perturbação.

A avaliação directa e cuidadosa dessas crianças revela, contudo, a presença de sintomas equivalentes aos dos adultos, nomeadamente a recorrência de memórias vividas da experiência traumática, um aumento dos níveis de ansiedade e reacções de evitamento activo das situações que a criança relaciona com o trauma. Após um acontecimento traumático grave, as crianças tendem normalmente a mostrar-se assustadas, chorando, tremendo e procurando activamente a protecção dos pais ou cuidadores. Outros casos há em que podem ficar paradas, sideradas pelos acontecimentos, sem proferir palavra, como em estado de choque. Estas reacções normais de *stress* surgem nos minutos que se seguem ao trauma e são geralmente transitórias, tendendo a diminuir nas horas que se seguem e a desaparecer ao fim de alguns dias. Em algumas crianças, contudo, os sintomas permanecem e podem desenvolver-se numa forma mais crónica de *stress* pós-traumático. Nestas, persistem pensamentos intrusivos e imagens do trauma, por vezes desencadeados por simples cheiros, ruídos ou imagens. A evocação do trauma pode então ser profundamente perturbadora, acompanhada por episódios de choro ou de grande ansiedade, traduzida frequentemente em sintomas físicos (palpitações, falta de ar, suor, náuseas, etc.). As mudanças de humor são

comuns, tornando-se a criança mais irritável, intolerante, ocasionalmente mesmo agressiva. A dificuldade em adormecer, o despertar de madrugada e não voltar a dormir, os terrores nocturnos e os pesadelos são frequentes, sobretudo no decorrer das primeiras semanas. As crianças mais pequenas que já tinham deixado as fraldas podem voltar a molhar a cama. Na tentativa de evitar tudo o que lhes evoque o trauma, podem alterar dramaticamente a vida social ou escolar, e mesmo a vida familiar. Por vezes, há referência a dificuldades de concentração e de memória e a diminuição consequente do rendimento escolar. Os níveis de alerta podem aumentar muito e a criança mostrar-se mais melindrosa, assustando-se com facilidade e revelando receio excessivo face a situações novas. Pode ainda referir receios em relação ao futuro, tornando-se mais difícil para ela imaginar e fazer planos a longo prazo, que tenderá a substituir por uma perspectiva a curto prazo e uma vivência do dia-a-dia. A avaliação cuidadosa e o acompanhamento médico e psicológico da criança e da família são fundamentais nestes casos. Ainda assim, e apesar de os sintomas de *stress* pós-traumático tenderem a diminuir, ou mesmo a desaparecer com o tempo, algumas destas crianças podem ficar significativamente afectadas por períodos muito longos das suas vidas.

carlos.filipe@cadin.net  
tel. 21 4858240

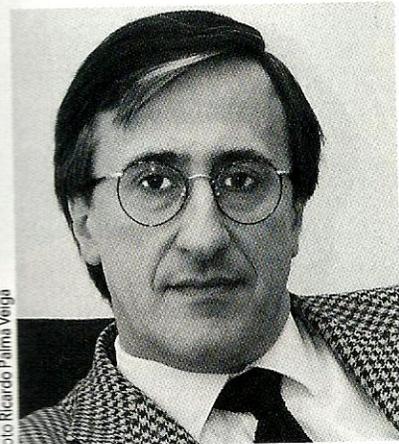


Foto Ricardo Palma Veiga



por Carlos Filipe  
Psiquiatra

## “O risco de mortalidade dos doentes deprimidos é o dobro do da população em geral, tanto pelo risco aumentado de suicídio como pelo aparecimento ou agravamento de outras doenças físicas que a depressão facilita,,

### A TERAPÊUTICA PSIQUIÁTRICA E OS MEDIA

Há pouco mais de uma semana fui alertado, através de telefonemas de alguns pacientes que pediam a minha opinião, para um artigo publicado num jornal diário sobre os riscos, alegadamente não revelados, de vários medicamentos usados em psiquiatria. Apesar do carácter sensacionalista que caracteriza a actividade editorial desse diário, espantou-me a irresponsabilidade da “notícia”, acreditando eu que quem a escreveu e publicou não deverá ter pesado as consequências que a sua publicação pode ter tido. A maior será porventura a recusa ou o abandono da terapêutica por quem dela carece, sob risco de agravamento dramático do estado de saúde. Os medicamentos a que este artigo se refere, os chamados antipsicóticos, são utilizados em situações de doença psiquiátrica por vezes extremamente grave e a sua suspensão pode ter consequências trágicas para a saúde, mesmo para a vida, dos doentes que deles necessitam. Não há, como é sabido, medicamentos que não tenham efeitos secundários, ainda que estes sejam muito variáveis na sua natureza, gravidade e frequência, dependendo do tipo de medicamentos, das possíveis interações, do indivíduo e do seu estado de saúde. Este facto aplica-se, como é sabido, a todos os medicamentos e não só à medicação psiquiátrica. Cabe ao médico pesar cuidadosamente a relação entre os riscos e os benefícios de cada medicação, de acordo com a informação científica disponível e a evidên-

cia da prática clínica. Sempre que possível, deverá informar o paciente ou os seus familiares da maior ou menor probabilidade de ocorrência desses efeitos, sendo que o deverá fazer com bom-senso e adequação, tendo em consideração a situação de cada doente. Os antipsicóticos atípicos, citados nesse artigo, têm efeitos secundários e indesejáveis bem conhecidos, felizmente não tantos como aí se pretende fazer crer. O facto é que estes medicamentos, a par dos medicamentos antidepressivos mais recentes, representam uma evolução extraordinária na medicação psiquiátrica, quer pela sua eficácia terapêutica, quer pelos poucos efeitos secundários que têm, quando comparados com os medicamentos utilizados anteriormente nas mesmas circunstâncias. A sua utilização tem permitido a melhoria da qualidade de vida de numerosos doentes psiquiátricos e das suas famílias e mesmo a restituição à sociedade e à vida activa de pessoas que, em circunstâncias diferentes, tenderiam a depender por inteiro do apoio de terceiros ou a permanecer institucionalizadas em hospitais psiquiátricos.

O artigo a que me refiro não é, infelizmente, exemplo único. A procura da “notícia”, quando as notícias escasseiam, a falta de rigor na avaliação das fontes e, sobretudo, a necessidade de ir ao encontro das expectativas do público leitor e manter vivas as emoções (da esperança, mesmo infundada, à indignação) justificarão o teor e, sobretudo, a forma como são divulgadas estas informações. Infelizmente não são assim tan-

tos os artigos chamando, igual e adequadamente, a atenção para os riscos decorrentes da evolução natural das doenças psiquiátricas quando não tratadas. Não será contudo demais alertar para o facto de, por exemplo, o risco de mortalidade dos doentes deprimidos ser o dobro do da população em geral, tanto pelo risco aumentado de suicídio como pelo aparecimento ou agravamento de outras doenças físicas que a depressão facilita. A este respeito, sabe-se que cerca de 15% dos doentes com depressão grave cometem suicídio. O risco de suicídio na esquizofrenia é, por seu lado, de aproximadamente 10%. Sabendo que o risco de suicídio na população em geral é, em média, inferior a 1%, é fácil perceber a importância devastadora que poderá ter a evolução destas doenças quando não tratadas, ou tratadas de forma negligente.

Não tratar, quando tal é indicado, é tão grave como tratar mal. Espero, por isso, que não venhamos a cair em situações tais que o médico se furte a tratar, obrigado a proteger-se mais a si do que aos interesses e ao estado de saúde daqueles que em aflição o procuram. Aí estaria inevitavelmente comprometida a missão última a que, ética e profissionalmente, está comprometido, a de tratar da melhor forma e por todos os meios ao seu alcance os que o procuram na doença.

carlos.filipe@cadin.net  
tel. 21 4858240

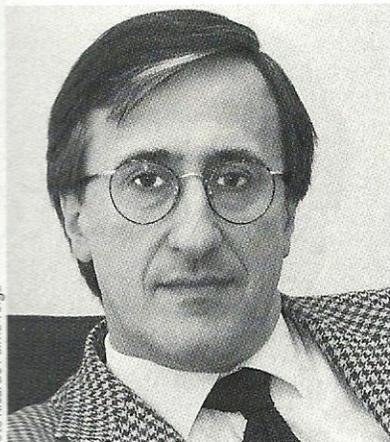


foto Ricardo Palma Veiga



por Carlos Filipe  
Psiquiatra

**“Um mesmo acontecimento, alegre para a maioria das pessoas, se observado por alguém deprimido, pode assumir contornos de desgraça ou ser-lhe, no mínimo, indiferente; se observado por alguém ansioso, pode tornar-se tremendamente inquietante,,**

## PARA ALÉM DA REALIDADE

“No mundo sensível, os homens são como escravos agrilhoados numa caverna e obrigados a ver no fundo dela as sombras dos seres e dos objectos projectados por um fogo que arde fora. Tomam essas sombras pela realidade, porque não conhecem a realidade verdadeira.”

sobre a analogia da caverna de Platão, “República”, liv. VII

Nicola Abbagnano  
In História da Filosofia

Era assim que a Celestinha, a temível professora de Filosofia do Liceu Nacional de Portalegre da minha adolescência, contrapunha a evidência iluminada da alegoria platónica da caverna à inverosimilhança de outras metafísicas com as quais o calor da juventude nos levava a confrontá-la.

A realidade está lá, o que varia é a leitura que cada um de nós faz dela, assegurava.

Hoje, francamente menos preso à verdade da minha razão, independentemente de qual ela seja, excepção feita talvez a um corpo de princípios norteadores, o facto é que grande parte da minha actividade profissional gravita em torno da analogia da caverna.

Há a realidade exterior que projecta sombras no fundo da caverna e só essas sombras são vistas por nós, que à caverna estamos

confinados. Esta é a limitação que nos é imposta pelo conhecimento e pelos órgãos dos sentidos: só podemos sentir aquilo que eles captam. Esta limitação pode ainda ser mais grave quando esses órgãos ou as vias pelas quais eles transmitem as suas informações ao cérebro estão lesados. O estudo e o tratamento dessas lesões constitui, como é sabido, o objecto de intervenção primordial de especialidades como a Oftalmologia, a Otorrinolaringologia ou a Neurologia.

Assumindo agora que a imagem representativa do objecto se forma no cérebro normalmente, resta saber como é que cada um de nós interpreta a sombra que vê. Esse é precisamente um dos principais objectos da psiquiatria e o lugar da sua preocupação. Mais do que a realidade ou as formas objectiváveis da sombra que ela projecta no nosso cérebro, é a forma como se interpreta essa imagem, a leitura que dela se faz, que ocupa o psiquiatra. Um mesmo acontecimento, alegre para a maioria das pessoas, se observado por alguém deprimido, pode assumir contornos de desgraça ou ser-lhe, no mínimo, indiferente; se observado por alguém ansioso, pode tornar-se tremendamente inquietante. Para o psiquiatra, mais do que a realidade, importa, por isso, a leitura que cada um faz dela. Essa leitura que reflecte inevitavelmente o que designamos por “estado mental”.

Por outro lado, nem todas as sombras, nem todos os sinais, correspondem necessaria-

mente a um objecto da realidade. Algumas podem ser mentirosas e surgirem sem que nenhum objecto ou acontecimento real tenha estado na sua origem. A isto chamamos alucinações, sensações havidas na ausência de objecto, mas para o próprio tão reais como se um objecto real as tivesse produzido. Na tentativa de lhes dar sentido, o doente pode criar uma realidade paralela, por isso chamada de delirante, também ela tão real para o próprio como se da realidade se tratasse. Mesmo na ausência de alucinações podem ainda instalar-se crenças, suspeitas, medos, para todos irrealistas mas para o próprio inquestionáveis. Também estas crenças, ditas delirantes, podem traduzir o “estado mental” de quem as tem. Assim, por exemplo, alguém fortemente deprimido pode imaginar-se arruinado, gravemente doente ou culpado dos mais variados desastres sem que, no todo ou em parte, isso seja verdade.

A evocação e a interpretação destes sintomas, feita de forma cuidadosa, com bom-senso e atendendo à cultura e aos valores de cada indivíduo, podem permitir ao psiquiatra identificar e intervir na perturbação que eventualmente os motivou, restituindo ao sujeito a capacidade de julgamento e o acesso à realidade vivida pelos seus pares.

carlos.filipe@cadin.net  
tel. 21 4858240

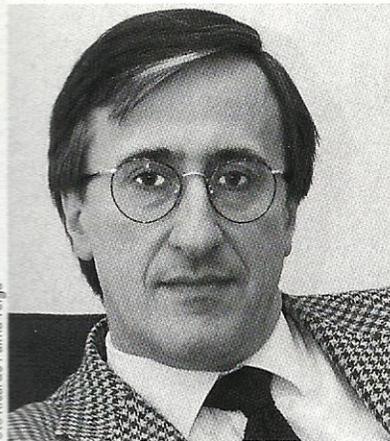


Foto: Ricardo Palma Velho



por Carlos Filipe  
Psiquiatra

## **“A maioria das crianças e dos adolescentes com perturbações do desenvolvimento é vítima de abusos e humilhações por parte de companheiros e colegas, face à desatenção, quando não à complacência, dos adultos,,**

### **QUANDO SE É DIFERENTE**

Foi no final da infância e no início da adolescência. Era demasiado alto e exageradamente magro, desengonçado de gestos, trapalhão a jogar futebol, envergonhado e submisso, com interesses e curiosidades que poucos tinham e pareciam desajustados para a sua idade. Sentia que era diferente e fazia o que podia para ser como os outros. O resultado raras vezes era bom. A verdade é que sentia que tinha poucos amigos, talvez porque ficava alheio a muitos temas das conversas, e não conseguia esgrimir a astúcia precisa nos pequenos jogos de poder e influência necessários à sobrevivência nos grupos que juntavam a demais rapaziada. Na verdade, não pertencia a nenhum grupo. E, ano após ano, a história repetia-se. A Primavera já tinha chegado há algum tempo e sentiam-se agora os primeiros calores da estiagem. As calças já iam no segundo par de joelheiras cosidas e a mãe tinha decidido que chegara o primeiro dia de usar calções. Eram bonitos os calções cinzentos e até podia sentir-se bem com eles, mas sabia que seria gozado ao chegar ao colégio, sabia que teria de se esconder e de se coser com as paredes para que os mais velhos (e até alguns da mesma idade...) não lhe batassem nas pernas com as mãos abertas ou com pequenas varinhas arrancadas às sebes... e ele não queria chorar... tudo menos chorar. O nó ficava na garganta, como ficava em tantas outras altu-

ras, como quando cortava o cabelo e sabia que durante dias iria levar “calduços”, como quando se escolhiam as equipas e ficava de fora, como quando as raparigas repetiam o que os rapazes lhe diziam e se riam... Era a humilhação, às vezes os assomos de raiva, que disfarçava de indiferença, por vezes a inveja de não ser e não se sentir igual. A culpa só podia ser dele, a incapacidade, dele, os outros eram iguais, ele é que era diferente... Passaram mais de trinta anos sobre tudo isso e só agora consegue falar do que lhe acontecia, só agora me fala do que sentiu. O medo, a vergonha, o sentimento de não pertença, a incapacidade de se afirmar diferente por sentir que era diferente e não somente por não ser capaz de ser de outra forma, fizeram-lhe companhia, como uma sombra, vida fora. Esta é uma história que se repete. De facto, a maioria das crianças e dos adolescentes com perturbações do desenvolvimento é vítima de abusos e humilhações por parte de companheiros e colegas, face à desatenção, quando não à complacência, dos adultos. Isto acontece tanto mais quanto esses rapazes e raparigas raramente referem ou se queixam directamente da humilhação de que são vítimas. Muito dificilmente a referem aos pais e aos professores, a custo a referem em ambiente de consulta médica ou de Psicologia. Fica a dor calada, funda, que confessá-la seria admitir a própria diferença e a inferioridade com que esta é conotada. São os pequenos sinais,

as alterações do comportamento, o maior isolamento, a fuga ou a recusa em frequentar determinados locais, a alteração do humor, que nos podem alertar. Em circunstância alguma devem os pais ou os educadores passar em claro situações de discriminação ou abuso de que venham a aperceber-se. Demasiadas vezes se ouve dizer que as crianças são cruéis e vemos encolher os ombros face às supostas consequências dessa dita evidência, quando o que na realidade é evidente é que as crianças observam, apreendem e plágiam os comportamentos dos adultos. O que é facto é que as crianças tendem a transparecer, caricaturar e evidenciar os valores mais fundos que nós, os adultos, lhes transmitimos.

A aceitação e o respeito pela diferença são predicados dos grupos e das sociedades culturalmente mais evoluídos. O tema da violência em geral, e especialmente daquela que se exerce sobre as pessoas mais vulneráveis e as minorias em situação de exclusão, constitui uma preocupação crescente. Não são só as crianças portadoras de incapacidade ou de alguma forma diferentes que têm o direito de ser aceites e respeitadas como tal, são, de facto, todas as crianças que têm o direito de ser educadas numa cultura de respeito pela diferença.

**carlos.filipe@cadin.net**  
tel. 21 4858240



Ricardo Palma Veiga

**CADIN** por Carlos Filipe  
Psiquiatra

**“De facto, se em alguma coisa as diferentes escolas e teorias psicológicas e psiquiátricas concordam é em que as famílias desempenham um papel de grande importância na origem e na expressão das perturbações mentais,,**

## TAL PAI, TAL FILHO

Debruçados pela primeira vez sobre o berço, logo os familiares e os amigos comentam as semelhanças: é a cara da mãe... o cabelo é o do pai... sim mas os olhos são os do avô...

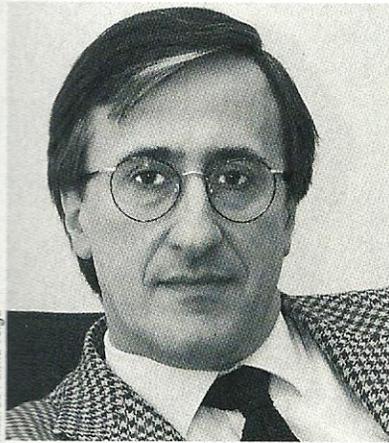
Ora, se é verdade que “quem sai aos seus não degenera”, não será menos verdade que isto se aplica tanto aos traços da fisionomia como ao perfil psicológico do bebé ou da criança, que amanhã será adulto e conservará essas (e outras) parecenças. Por isso mesmo, também não se estranhará que as perturbações do funcionamento mental possam ter um curso familiar. De facto, se em alguma coisa as diferentes escolas e teorias psicológicas e psiquiátricas concordam é em que as famílias desempenham um papel de grande importância na origem e na expressão das perturbações mentais. Sabemos hoje que no seio das famílias há condições genéticas e ambientais (sociais, relacionais, etc.) que influenciam o aparecimento e a expressão de muitas doenças psiquiátricas. Que fique, contudo, claro que “genético” e “familiar” não são sinónimos. Uma ou mais perturbações podem ser familiares por muitas razões, não só genéticas, mas também culturais, de condição económica e social, ou outras. Seria, desta forma, tão errado embarcar num determinismo biológico que considerasse a personalidade, a inteligência, a

mente em geral e as suas perturbações como exclusivamente resultantes da predestinação genética (sem valorizar a aprendizagem, a interacção familiar e social, ou outros fenómenos da envolvente), como errado seria menosprezar a importância da herança genética. A este respeito os estudos efectuados em gémeos verdadeiros têm sido esclarecedores, mostrando que a probabilidade de ambos os irmãos serem afectados pela mesma perturbação psiquiátrica é elevadíssima, mas que a gravidade da perturbação pode ser diferente nos dois irmãos e que um deles pode mesmo não ter a doença, apesar de o outro, geneticamente idêntico, ser doente. Por exemplo, um gémeo verdadeiro de um doente de esquizofrenia tem 50% de probabilidade de também desenvolver esquizofrenia. É de supor, neste caso, que apesar de ambos os gémeos possuírem os genes para a esquizofrenia, apenas os doentes teriam sido expostos a agentes do meio ambiente que funcionaram como desencadeantes da doença. Estas são as razões pelas quais é tão importante o psiquiatra avaliar o indivíduo no seu contexto familiar: muita informação acerca da condição psiquiátrica de um doente pode ser conseguida tendo conhecimento das perturbações mentais que afectam os membros da sua família.

Finalmente, é importante referir que nenhuma perturbação psiquiátrica resulta da acção

de um único gene que, estando alterado, provoca a doença. As causas das perturbações mentais são complexas e requerem a interacção de vários genes e de factores ambientais. Esta interacção entre a predisposição genética e o meio envolvente pode acontecer ainda antes do nascimento. Quando tal acontece, dela podem resultar alterações do desenvolvimento do sistema nervoso. Nestes casos, devido ao facto de o cérebro ter sido afectado durante o seu desenvolvimento, o funcionamento mental nunca será completamente normal. Ainda assim, se esta pessoa for exposta a um meio favorável, que potencie e fomente as suas capacidades, poderá melhorar consideravelmente a sua condição; da mesma forma, se for exposto a um meio adverso, pode resultar em maior deterioração funcional. Daqui resulta a noção importante de que mesmo as doenças mentais resultantes de perturbações do desenvolvimento do sistema nervoso não são estáticas, podendo melhorar ou sofrer agravamentos, dependendo da interacção do indivíduo com o que o rodeia e, por isso mesmo, da qualidade e da adequação do ambiente social e familiar, das estratégias educativas e das intervenções terapêuticas que, com ele, venham a ser adoptadas.

carlos.filipe@cadin.net  
tel. 21 4858240



Ricardo Palma Veiga

**CADIN** por Carlos Filipe  
Psiquiatra

**“É quando a intensidade ou a duração da reacção de tristeza se torna francamente desproporcionada em relação à perda sofrida e não justificável por factores culturais ou exigências sociais, que poderemos começar a falar de depressão,,**

## A DEPRESSÃO

*Neste dia sem luz que me anoitece,  
Que me sepulta inteiro,  
Até de mim a minha dor se esquece  
Para que eu seja um morto verdadeiro.*

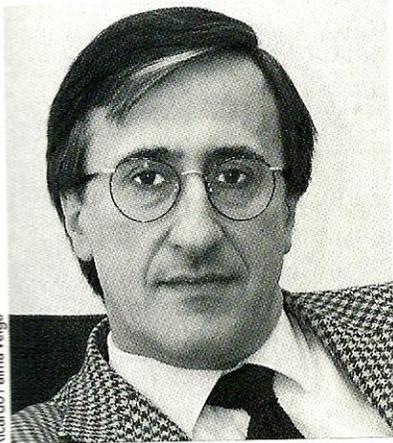
.....  
Miguel Torga  
“Negrua” in Diário I

Nos meses de Outono e Inverno, quando os dias são mais escuros e anoitece mais cedo, o ressurgimento de episódios depressivos é, todos o sabem, mais frequente. Como o poeta, podemos afirmar que é a melancolia da Natureza que nos invade e nós compartilhamos; de uma forma bem mais prosaica, sabemos hoje que a luminosidade percebida pelos nossos olhos induz a síntese de determinadas substâncias químicas no cérebro, responsáveis pela modulação do humor. A variação individual é, contudo, imensa e, em boa verdade, nem toda a gente desgosta do Inverno. Da depressão, fica-nos assim, mais uma vez, a convicção de ter uma origem multifactorial: se por um lado é determinada pelas condições e agressões do meio (não só o físico, antes referido, mas também, e sobretudo, o das relações interpessoais), por outro lado depende da sensibilidade do indivíduo. Sendo claro que, perante as mesmas adversidades, só algumas pessoas deprimem, mais ainda que não são

necessariamente as que sofreram adversidades de maior monta e gravidade, torna-se claro que a depressão resulta não só da inter-relação com a envolvente mas também de factores de susceptibilidade individual. No extremo, sabemos que há pessoas que deprimem, por vezes com gravidade, sem que, pelo menos aparentemente, nada de significativo tenha ocorrido nas suas vidas. Estas formas de depressão, classicamente denominadas de endógenas (o que significa, literalmente, que nascem dentro da pessoa) seriam determinadas pela fragilidade própria do sujeito e teriam um fortíssimo componente hereditário. De referir, contudo, que a depressão é, praticamente sempre, conseqüente a uma ou mais perdas significativas. Falo aqui de depressão, não de episódios de tristeza ou desmotivação, transitórios e relacionáveis com acontecimento de vida. Todos nós, em algum momento, reagindo a perdas sofridas, maiores ou menores, sentimos tristeza e manifestamos desgosto. É quando a intensidade ou a duração dessa reacção de tristeza se torna francamente desproporcionada em relação à perda sofrida e não justificável por factores culturais ou exigências sociais, que poderemos começar a falar de depressão. Nestes casos é muito importante identificar os factores, ou perdas, desencadeantes do episódio depressivo. A capacidade

de estabelecer uma ligação entre o aparecimento dos sintomas depressivos e a ocorrência de perturbações na relação do doente com o seu meio e os que o rodeiam pode determinar a evolução mais ou menos favorável da doença. As áreas problemáticas situam-se, por norma, no domínio da relação interpessoal. O luto não resolvido, as relações de conflito interpessoal (familiar, no local de trabalho ou com amigos), as mudanças de estatuto de vida (por separação, modificação da carreira profissional, despedimento, reforma, etc.) e o isolamento social são áreas tipicamente implicadas como factores desencadeantes ou facilitadores de depressão. A capacidade de elaborar essas perdas e redefinir o quadro de relações interpessoais, reconhecendo os seus aspectos positivos e negativos e encontrando novas actividades e relações que compensem a perda, é determinante para a boa evolução do quadro clínico. De tudo o que antes referi, espero ter ficado claro que a depressão é um estado patológico, isto é, uma doença, na verdade uma doença tratável e, na maioria dos casos, de bom prognóstico, se diagnosticada atempadamente e tratada de forma adequada.

carlos.filipe@cadin.net  
tel. 21 4858240



Ricardo Palma Velga

**“Não tratar, ignorar, esconder ou adiar a avaliação médica e o tratamento adequados, por receio ou preconceito, é empurrar quem sofre de doença mental para situações que, na grande maioria dos casos, já só ao passado deveriam pertencer,,**



por **Carlos Filipe**  
Psiquiatra

## A DOENÇA MENTAL

*... após irregularidades de conduta, por excitações irregulares de sentimento, creio que judicialmente, a sociedade portuense ... me encerrou no Hospital do Conde de Ferreira ...*

Ângelo de Lima

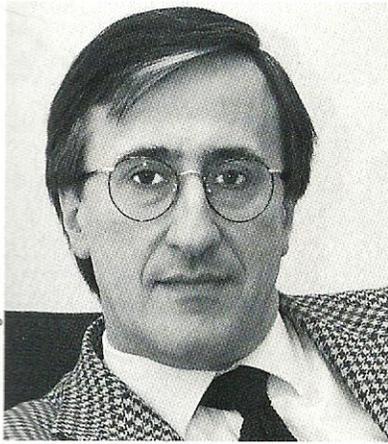
In "Poemas in Orpheu 2 e Outros Escritos"

Recordo-me de, quando criança, haver na terra onde nasci um café que tinha à entrada uma mesa de bilhar ocupando lugar de destaque. Contaram-me depois que aí, anos antes, um velho médico costumava jogar silenciosamente, aos fins de tarde, com um filho, homem a quem a loucura atingira quando, em Coimbra, cursava o 2º ano de Direito. Certa vez, ao que parece, quebrando o silêncio, ouviram-no comentar, perante o lamento de um pai a quem o filho morreria num acidente, que grande seria, sem dúvida, a sua dor, mas maior era a própria de olhar para o filho morto todos os dias. Maior seria ainda essa dor, soube-o depois, pois tendo um segundo filho, alguns anos mais novo, tal como o primeiro, também acabou por padecer de doença mental grave no final da adolescência. A este ainda eu o conheci, já homem,

cuidado com carinho e respeito por um casal de tutores que os pais, em vida, tinham prudentemente nomeado e com quem viveu até morrer. Pesado e de movimentos tornados rígidos pela medicação, inexpressivo e de olhar distante, acompanhava o tutor, sentado a seu lado no automóvel, em todas as voltas que este dava pelo campo ou pela vila. Privados do contacto com a realidade, estes irmãos puderam ainda assim viver com os que os queriam e respeitavam. Ficou-lhes contudo vedada a autonomia e a liberdade, dependentes que sempre ficaram de terceiros, tolhidos que sempre ficaram pela medicação, condição necessária à sua segurança e à de todos os que com eles conviviam. Mais dramática é todavia a memória que todos nós temos dos grandes hospitais psiquiátricos, de há não tantos anos, albergando centenas de doentes, eternamente de pijama, deitados ao sol, por detrás de grades e pedindo cigarros a quem passava, esquecidos de si, esquecidos pelas famílias, de alguma forma esquecidos por quem deles cuidava. É facto também que algumas destas imagens ainda hoje persistem aqui e ali, heranças de um passado recente, ou de um presente menos esclarecido.

A doença mental já não tem de ser, contudo, uma sentença de morte em vida. Nos últimos vinte anos, a evolução médica nos domínios da prevenção, do diagnóstico e, sobretudo, da terapêutica das doenças mentais tem sido extraordinária. Doenças graves, como a esquizofrenia, a perturbação bipolar ou algumas formas de depressão ditas *major*, têm hoje tratamento e as pessoas por elas afectadas podem assim retomar, na maioria dos casos, o seu lugar e estatuto na sociedade. O diagnóstico precoce e a adequação do tratamento, que será, por norma, prolongado, são condições para o bom prognóstico. A par destes, a integração social, familiar e profissional constituem condições essenciais para a boa evolução, como sucede em quase todas as situações de saúde mental. Não tratar, ignorar, esconder ou adiar a avaliação médica e o tratamento adequados, por receio ou preconceito, é empurrar quem sofre de doença mental para situações que, na grande maioria dos casos, já só ao passado deveriam pertencer.

carlos.filipe@cadin.net  
tel. 21 4858240



Ricardo Palma Veiga

**CADIn** por **Carlos Filipe**  
Psiquiatra

## INTEGRAR PESSOAS COM DOENÇA MENTAL

Manuel tem 37 anos. Fez um percurso escolar considerado normal até ao 12º ano, sem nunca reprovar. Relacionava-se pouco com os colegas do liceu, preferia estar em família e as suas actividades de tempos livres eram desenvolvidas principalmente em casa. Fã incondicional de cinema, colecionava gravações VHS de grandes clássicos. Rebuscava freneticamente os guias de TV, para não perder nenhuma emissão, e lançava todas as novas aquisições numa base de dados que desenvolveu em Excel, em parceria com o seu irmão. No ensino superior, teve mais dificuldade, mas conseguiu terminar a sua licenciatura com 27 anos. O pior veio a seguir. O sonho de uma carreira na área da Engenharia desvaneceu-se, confrontado com a dificuldade de integração, os empregos de baixa qualificação e de curta duração. Sucederam-se experiências em diversas áreas e longos períodos de desemprego. Muitos jovens licenciados deparam-se actualmente com esta dificuldade – os números do desemprego qualificado não o escondem –, mas para o Manuel a situação parecia mais complicada. Porque seria que não conseguia manter-se mais do que poucos meses nos empregos? Porque teimaria em exhibir comportamentos e atitudes completamente desadequados em contexto de trabalho, apesar das repetidas chamadas de atenção dos pais? A resposta só veio alguns anos mais tarde, aos 35, quando lhe foi diagnosticado Síndrome de Asperger. Esta perturbação, resultante de um transtorno do desenvolvimento do Sistema Nervoso, integra o grupo das perturbações do autismo e caracteriza-se pela coexistência de deficiências ou incapacidades na

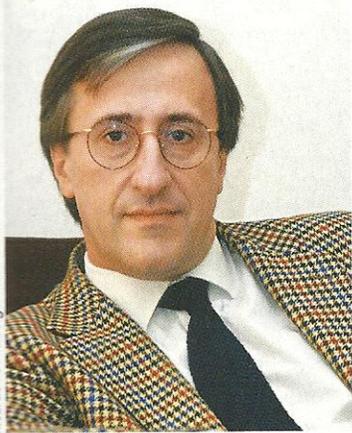
interacção social, na comunicação e na linguagem, pela rigidez de comportamentos e pela restrição dos interesses e preferências. De expressão variável, afecta de forma determinante, e frequentemente grave, a vida de relação e a autonomia do indivíduo. Após um percurso algo sinuoso entre médicos e instituições, o Manuel foi finalmente integrado num dos poucos projectos de apoio a pessoas com perturbações do desenvolvimento que decorrem em Portugal. Desta forma pôde experimentar alguma segurança no emprego. O projecto proporcionou-lhe a sua experiência profissional mais longa – actualmente está integrado há 22 meses. Com o seu esforço e o apoio da família, da equipa de integração e da equipa de acolhimento no seu posto, tem desenvolvido um trabalho notável e a sua presença faz a diferença. É um trabalhador assíduo, empenhado, extremamente meticoloso e perfeccionista no exercício das suas tarefas. É atento aos detalhes que os outros ignoram e não se importa de realizar as mesmas tarefas todos os dias. Pelo contrário, a previsibilidade dá-lhe segurança. Como o Manuel, inúmeros outros adultos e jovens com perturbações do desenvolvimento ou deficiência mental procuraram ajuda na difícil transição para a vida laboral. É um facto que existe formação profissional destinada a pessoas com necessidades educativas especiais e alguns apoios à contratação de pessoas com deficiência. Em Portugal não existem, contudo, respostas de formação profissional ou emprego adequados a pessoas como o Manuel. Estas pessoas têm demasiadas competências para ingressar na formação especial, mas não têm competências

## “As empresas não estão receptivas à integração de pessoas com perturbações do funcionamento mental,,

suficientes para frequentar modalidades de formação destinadas a públicos sem necessidades educativas especiais. Na falta de soluções adequadas, são integrados num ou noutro tipo de formação, acabando tão bem encaixados como um círculo dentro de um quadrado. Por outro lado, as empresas não estão receptivas à integração de pessoas com perturbações do funcionamento mental. A integração de pessoas com deficiência física é uma realidade, mas quando se propõe a integração de pessoas com perturbações mentais, os empresários recuam, receosos. A tirania de uma cultura de competitividade, lucro e polivalência nas empresas é incompatível com o funcionamento dessas pessoas. A aposta só pode ser a de uma formação à medida, que permita aos indivíduos com perturbações do funcionamento mental desenvolverem a autonomia, a auto-afirmação e a defesa dos seus direitos enquanto cidadãos portadores de uma deficiência, promovendo, ao mesmo tempo, as suas qualidades. A aposta tem igualmente de ser no desenvolvimento da responsabilidade social das empresas e agentes económicos. Para além dos objectivos imediatos de rentabilidade, as empresas devem reconhecer a sua responsabilidade na criação de uma sociedade melhor. Ao empregar pessoas com deficiência, e em especial aquelas com doença mental, os empresários demonstram que reconhecem e aceitam esta responsabilidade.

Escrito em co-autoria com **Sandra Pinho**, psicóloga clínica, coordenadora do Núcleo de Intervenção Sócio-Profissional do CADIn. [sandra.pinho@cadin.net](mailto:sandra.pinho@cadin.net)

**carlos.filipe@cadin.net**  
tel. 21 4858240



Ricardo Palma Veiga



por Carlos Filipe  
Psiquiatra

***No tempo em que festejavam  
o dia dos meus anos,  
Eu era feliz e ninguém estava  
morto.  
Na casa antiga, até eu fazer anos  
era uma tradição de há séculos,  
E a alegria de todos, e a minha,  
estava certa como uma religião  
qualquer.***

**“Aniversário”, Álvaro de Campos**

## NA MEIA-IDADE

Na idade média da vida, tipicamente na década dos 40 anos e na primeira metade dos 50, o culminar do processo de amadurecimento individual e o início do que poderá ser entendido como o envelhecimento exercem uma influência poderosa na organização intrapsíquica e determinam a ocorrência de vários ajustamentos na vida emocional e de relação do indivíduo. Trata-se de aceitar o envelhecimento do corpo, a inevitabilidade da morte, a entrada dos filhos na adultícia e a sua partida, a inversão de papéis em relação aos pais idosos, frequentemente o acréscimo de responsabilidades económicas e a necessidade de começar a preparar a reforma. Percebe-se assim a designação que frequentemente merece de geração *sandwich*.

O declínio das capacidades físicas e a modificação da aparência do corpo podem tornar-se preocupações constantes, a que se acrescentam, quase sempre, as alterações ou receios relativos à aparência e ao desempenho sexual. Estas transformações físicas são vividas mentalmente através da comparação contínua, consciente e inconsciente, com o corpo do jovem que se foi, daqui resultando uma espécie de luto pelo desaparecimento do corpo e das capacidades de antes. Na tentativa de recuperar essa juventude, denegando o processo de envelhecimento, é frequente observar o recurso ao exercício físico intenso, a dietas exageradas, a maquilhagens, roupa e posturas pouco condicentes com a idade e, finalmente, com demasiada frequência, o recurso inapropriado e repetido a cirurgia plástica. Atendendo a que o processo de envelhecimento irá, inevitavelmente, continuar pelo resto da vida, esta é, a termo, uma luta perdida e não resta mais do que aceitar que a idade produz modificações das capacidades físicas e da imagem corporal, com as quais é possível viver, apesar de tudo, com grande qualidade e, sobretudo, em paz consigo mesmo.

Por outro lado, o mesmo processo de envelhecimento, a morte de familiares e amigos, a entrada dos filhos na vida adulta e o aparecimento da geração dos netos são factores que, entre outros, acabam por confrontar o indivíduo com a evidência, dolorosa mas incontornável, de que o futuro tem um fim e a morte é inevitável. A aceitação desta inevitabilidade é um processo importante que pode levar a pessoa a reavaliar muitos aspectos da vida passada e presente e a pensar atentamente no uso a dar ao tempo que lhe falta viver. A este respeito é curioso registar que não só há diferenças individuais de natureza cultural ou religiosa, como foram verificadas, em vários estudos, diferenças entre os sexos: os homens tenderiam, ao longo desta fase da vida, a diminuir o tempo que despendem de forma activa no trabalho e na vida social e a terem uma necessidade acrescida de envolvimento afectivo com os que lhes estão mais próximos; as mulheres, pelo contrário, tenderiam a tornar-se mais assertivas e envolvidas em actividades voltadas para o exterior e para a comunidade. É aqui evidente a procura do que se não fez, do que se perdeu, o complemento que falhou e dará sentido ao que se irá viver, a evolução da construção de uma vida. Ficam para trás a saudade do que se teve e as certezas com que se viveu, para trás deverá ficar também a nostalgia do que se não viveu e que é, por isso, irrecuperável. Fica a construção do que falta viver. A aceitação de que o tempo de vida é limitado é condição fundamental para o empenhamento do indivíduo em procurar que esse tempo seja de qualidade, não de angústia na expectativa do último instante. Alguém que muito amo disse-me um dia, o que os anos e a existência me têm confirmado, que só tem medo da morte quem tem medo da vida.



Ricardo Palma Voigdo



por **Carlos Filipe**  
Psiquiatra

## “Atendendo a que o sistema nervoso estabiliza com a idade, a intervenção deverá ser o mais precoce possível,,

### AS PERTURBAÇÕES DO NEURODESENVOLVIMENTO

O desenvolvimento do sistema nervoso é um processo de grande complexidade, que se inicia muito antes do nascimento e se prolonga até ao final da adolescência. A forma como se processa é determinada tanto por factores hereditários como pela interacção com o meio ambiente. De uma forma geral, podemos dizer que a partir de uma estrutura inicial, geneticamente determinada, o desenvolvimento do sistema nervoso é mais ou menos facilitado e direccionado neste ou naquele sentido, de acordo com o meio a que é exposto e as vivências do indivíduo ainda antes de nascer. Uma boa ilustração disto são os gémeos univitelinos, os chamados gémeos verdadeiros, que, apesar de possuírem à nascença material genético rigorosamente igual, se distinguem e depois se diferenciam ao longo da vida, percorrendo caminhos diferentes e construindo personalidades distintas.

Este desenvolvimento não se processa, contudo, de forma contínua, mas sim por saltos ou etapas. Sabemos hoje que há períodos sensíveis e críticos do desenvolvimento, em que o sistema nervoso é especialmente susceptível de ser modificado pela experiência. Sabe-se ainda que nos períodos críticos a experiência é fundamental para o desenvolvimento normal dos sistemas neuronais. Inversamente, ultrapassados esses períodos sem que se tenham obtido as aquisições que lhes correspondem, será muito mais difícil, por vezes mesmo impossível, essas competências virem a ser adquiridas. Para melhor se compreender este facto, refira-se que a maturação das funções nervosas resulta de um equilíbrio dinâmico entre plasticidade, ou seja, a capacidade de ser moldado por novas experiências, e estabilidade, isto é, a capacidade de resistir às influências do ambiente e de manter a informação já adquirida. Um sistema com demasiada plasticidade não é capaz de reter a informação aprendida a longo prazo; um sistema demasiado estável é incapaz de se adaptar a novas situações e de aprender com a experiência. Inicialmente muito plástico, o sistema nervoso vai ficando cada vez mais estável no decurso do desenvolvimento. Desta forma, ao mesmo tempo que fixa definitivamente as competências adquiridas, vai perdendo capacidade de fixar outras novas.

Uma vez que são extremamente complexos, não é invulgar ocorrerem erros, desvios, perturbações, nos processos de desenvolvimento. A maioria acontece durante as fases de maior transformação e evolução do sistema nervoso, ou seja, durante os primeiros três meses do desenvolvimento intra-uterino. Ainda assim, é frequente que só se revelem meses ou anos depois do nascimento, nas alturas em que se deveriam desenvolver as funções mais complexas e em que é necessário que todas as estruturas do sistema nervoso funcionem em pleno e de forma bem coordenada. São exemplos dessas funções complexas a coordenação motora, a linguagem, a interacção social ou a elaboração e generalização de conceitos abstractos. Os sintomas de perturbação, traduzidos, por exemplo, em alterações na marcha, na fala, na socialização ou em dificuldades de aprendizagem, não estão relacionados, na maioria esmagadora dos casos, com acontecimentos próximos lesivos ou traumáticos, mas sim com perturbações do desenvolvimento nervoso que, pela sua natureza, só então se tornam evidentes. Nessas situações não podemos falar de atrasos do desenvolvimento, como é comum designá-los, mas sim de deficiências ou, genericamente, de perturbações do desenvolvimento. No primeiro caso, o dos atrasos, as aquisições seriam mais tardias, mas em princípio atingiriam o mesmo grau de funcionalidade e maturidade que têm no indivíduo normal; no segundo caso, ainda que possam diminuir com a maturidade e a sua expressão se modifique durante o processo de crescimento, nunca permitirão atingir o nível de funcionamento no indivíduo normal. Estes factos sublinham a importância de olhar o desenvolvimento do indivíduo como um processo dinâmico, em constante mudança, mesmo quando existe uma perturbação do desenvolvimento. Esta tem consequências que se prolongarão por toda a vida do indivíduo, ainda que, necessariamente, com diferentes expressões sintomáticas, dependendo da idade e da condição particular. Para a diagnosticar é crucial conhecer o desenvolvimento normal, as suas etapas e variantes. Atendendo a que o sistema nervoso estabiliza com a idade, a intervenção deverá ser o mais precoce possível. O acompanhamento e apoio específicos, esses, poderão ter de se prolongar, eventualmente até muito tarde, criando condições que promovam as competências e ajudem a contornar as dificuldades singulares de quem tem uma perturbação do neurodesenvolvimento.



Ricardo Palma Veiga



por Carlos Filipe  
Psiquiatra

**“Ao ser declarada a natureza científica de determinada afirmação, ela passa a ser considerada inquestionável, colocando quem a profere no patamar da sabedoria e atirando possíveis vozes discordantes para a posição de ignorantes acabados,,**

## A VERDADE DA CIÊNCIA

*“Amicus Plato, sed magis amica veritas”*

(Sou amigo de Platão mas mais amigo sou da Verdade)

frase atribuída a Aristóteles, por Ammonio Sacca (175-242 DC) em “A Vida de Aristóteles”.

Dizer que algo foi cientificamente testado ou que resultou de investigação científica constitui, para muita gente, um certificado de inquestionável qualidade, independentemente de se procurar saber se isso é ou não verdade e, no caso de o ser, da natureza e da seriedade da investigação realizada. Da mesma forma, declarar publicamente a intenção de promover investigação em determinada área contribui para a conotação de seriedade e qualidade do grupo que afirma propor-se a tal, independentemente da competência, da disponibilidade ou mesmo do interesse em levá-la a cabo. A publicidade é, sabemo-lo, ágil na utilização da imagem da Ciência, dos cremes e *shampoos* com proteínas (o que é rigorosamente indiferente, atendendo a que as proteínas só são absorvidas no tubo digestivo...) aos milagrosos componentes alimentares com nomes estranhíssimos que ninguém sabe nem o que são nem o que fazem (quero crer que quem os produz também não sabe...), a, pasme-se, cosméticos e detergentes com elementos tão comuns como, por exemplo, o oxigénio, tornado, por milagre e conveniência, especialmente activo (confesso que desconhecia que o oxigénio tivesse uma forma inactiva, quanto mais uma activa...). Ainda assim, ou por isto mesmo, a maioria de nós dá o devido desconto a estes alardes publicitários descarados e já não embarca neles. Mais preocupante é quando, ao ser declarada a natureza científica de determinada afirmação, ela passa a ser considerada inquestionável, colocando quem a profere no patamar da sabedoria e atirando possíveis vozes discordantes para a posição de ignorantes acabados. Esta é, de facto, a postura mais contrária que se possa imaginar à da Ciência. O papel do cientista é justamente o de questionar os outros e, antes de mais, de se questionar a si próprio, em todas as circunstâncias, confrontando as verdades tidas como certas com novas ideias e novas hipóteses. Em medicina isto é tão ou mais verdadeiro do que em qualquer outra área do saber. Deve também ser lembrado que a investigação científica é uma actividade com metodologia própria, paciente e persistente, que constrói hipóteses e procura validá-las através da experimentação, assegurando-se de que os resultados encontrados podem ser repetidos por qualquer investigador que, em circunstâncias idênticas, se proponha testá-los. É um processo, repito, moroso, exigente, cuja qualidade é avaliada, tanto pelos resultados obtidos como pelo rigor dos procedimentos utilizados. É por este processo que passa a descoberta e a utilização de novos medicamentos, é desta forma que é feita a identificação de novas doenças e a investigação das suas causas, pelo mesmo passa o estabelecimento dos critérios de diagnóstico (incluindo, naturalmente, o diagnóstico das doenças mentais), é, finalmente, por esta via que tem necessariamente de passar a validação de quaisquer intervenções terapêuticas. Na “aldeia global” da ciência (muito anterior à globalização tão anunciada hoje em dia) a certificação de qualidade deriva do reconhecimento pela comunidade científica internacional e passa, inevitavelmente, pela apresentação e pela publicação de resultados em fóruns e revistas de acesso condicionado pela revisão e pela avaliação por painéis de peritos. A investigação médica clínica não é em nada diferente, obrigando mais ainda ao diálogo, à abertura e à miscigenação entre as *praxis* do clínico e do investigador. Para isso são necessárias vontades, sem dúvida, mas também incentivos, disponibilidades, meios e experiência. A verdade é que o hábito não faz o monge...



Ricardo Palma Veiga



por Carlos Filipe  
Psiquiatra

## “Na grande maioria dos casos de depressão, talvez mesmo na quase totalidade, a utilização de medicação antidepressiva, por si só, não assegura a eficácia desejada,,

### SOBRE A EFICÁCIA DOS ANTIDEPRESSIVOS

Há algumas semanas, foi divulgada, em diferentes meios de comunicação, a notícia de que os “cientistas questionam a eficácia dos antidepressivos” e que esta medicação “não é eficaz na maioria dos doentes de depressão”. Estes eram os títulos em letras gordas a que foi atribuída a importância de primeira página em alguns jornais diários. No corpo da notícia, que como frequentemente acontece, era menos bombástica do que o título fazia pressupor, ficávamos a saber que, segundo os autores do estudo a que os artigos se referiam, os “antidepressivos só ajudam os casos mais graves” e que nos casos menos graves os doentes tratados com antidepressivos não tinham melhoria significativa em relação aos que, pensando que estavam a tomar o medicamento, tomavam uma qualquer outra substância inócua. Estes últimos, pensando que estavam a tomar o medicamento, também melhoravam. Este efeito da sugestão, que se designa de efeito placebo, é há muito conhecido no meio médico e tem por demais vindo a ser utilizado por mágicos, curandeiros e um sem-número de medicinas ditas alternativas. Há mesmo estudos rigorosos e controlados que encontraram dados curiosos a este respeito, como o de o efeito placebo ser maior quando os comprimidos são de maior dimensão ou mais coloridos ou ainda quando as manobras entendidas como terapêuticas são mais complicadas e aparatosas. Da mesma forma, é sabido que a convicção e o ascendente de quem administra a terapêutica determina a amplitude do efeito placebo. Na verdade, nada do que li parecia acrescentar muita novidade ao que já é bem conhecido. Pareceu-me, por isso, abusiva e tudo menos fundamentada a conclusão do repórter ao afirmar, sem qualquer assomo de dúvida, que “excepto quando os tratamentos alternativos não funcionam, parece haver poucas razões para prescrever antidepressivos, a não ser aos doentes gravemente deprimidos”. Não é dito a que tratamentos alternativos se refere. Quero acreditar, ao menos, que o repórter se referiria a “tratamentos alternativos” que também tenham passado por uma rigorosa avaliação da segurança e da eficácia, como acontece obrigatoriamente a todos os medicamentos aprovados pelas autoridades competentes. Estas autoridades são, no caso dos EUA a que o artigo se refere, a FDA (US Food and Drug Administration), no caso Português, o INFARMED (Instituto da Farmácia e do Medicamento). O estudo a que as notícias fazem referência, e que depois li com cuidado, consiste justamente na análise de 35 ensaios destinados a confirmar a eficácia e a segurança de quatro antidepressivos, após 4-8 semanas de tratamento. A conclusão a que os autores chegam é a de que, durante este período, a eficácia dos antidepressivos, comparativamente ao placebo, aumenta em função da gravidade da depressão: nos casos mais graves, os antidepressivos mantêm a eficácia, mas o efeito do placebo, isto é, da sugestão, é aí muito menor. Persistem contudo muitos casos em que, naturalmente, a medicação também não é eficaz. Passando por cima de muitos factores que limitam a generalização das conclusões deste estudo, podemos concluir, isso sim, que na grande maioria dos casos de depressão, talvez mesmo na quase totalidade, a utilização de medicação antidepressiva, por si só, não assegura a eficácia desejada. É, assim, declaradamente má prática medicar (mesmo que bem) e mandar o doente embora, sem procurar enquadrar a situação clínica na situação de vida da pessoa e sem assegurar um suporte psicoterapêutico ajustado. É, sabemos, esta abordagem multimodal que assegura os melhores resultados. Também por isso é de grande importância identificar as modalidades de apoio psicoterapêutico mais eficazes e adequadas nos diferentes contextos e situações clínicas, bem como as formas de articulação entre esse apoio, a abordagem médica e o suporte medicamentoso. A este tema pretendo voltar em próximas crónicas. Finalmente, há que alertar para o facto de a depressão ser uma doença grave e que a interrupção da medicação antidepressiva, de forma súbita, por iniciativa do próprio e sem vigilância médica, pode implicar riscos, eventualmente sérios.