

**SAÚDE MENTAL**  
**MENTAL HEALTH**

[www.saude-mental.net](http://www.saude-mental.net)



**SIMPÓSIO**

# Avanços Recentes na Terapêutica da Esquizofrenia e Doença Bipolar



**Congresso Nacional de Psiquiatria**  
Coimbra 28 de Novembro 2005



Prof. Doutor A. Vaz Serra, Presidente da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental; Professor Catedrático de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Coimbra; Director da Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Portugal



Integrado no Congresso Nacional de Psiquiatria e Saúde Mental “Novos Tempos, Novas Esperanças”, realizou-se no dia 28 de Novembro de 2005 o Simpósio “Avanços Recentes na Terapêutica da Esquizofrenia e Doença Bipolar”, sendo seu moderador o Prof. Doutor A. Vaz Serra e onde os seus participantes focaram os aspectos chave do estado da arte nesta temática.



Coimbra, 28 de Novembro 2005

#### 11h30 Abertura

Prof. Doutor Adriano Vaz Serra – Hospitais da Universidade de Coimbra

#### 11h40 Avaliação Neuropsicofisiológica da Esquizofrenia

Prof. Doutor J. Marques-Teixeira – Centro Hospitalar Conde de Ferreira / Universidade do Porto

#### 12h00 Terapêutica Integrada da Esquizofrenia

Prof. Doutor A. Pacheco Palha – Hospital São João

#### 12h20 Avanços na Terapêutica da Doença Bipolar

Profª Doutora M. Luísa Figueira – Hospital Stª Maria

#### 12h40 Concepções Actuais das Doenças

Esquizofrénicas e Bipolares – Uso dos Novos Antipsicóticos

Prof. Doutor Filipe Arriaga – Hospital Stª Maria

## Avanços Recentes na Terapêutica da Esquizofrenia e Doença Bipolar

### Avaliação Neuropsicofisiológica da Esquizofrenia

Prof. Doutor J. Marques-Teixeira – Centro Hospitalar Conde de Ferreira / Universidade do Porto

Entrevista relativa à intervenção no Congresso Nacional de Psiquiatria, com o título Avaliação Neuropsicofisiológica da Esquizofrenia

SM – O Sr. Prof. tem insistido muito na necessidade da avaliação neuropsicológica da esquizofrenia. Qual a razão dessa insistência?

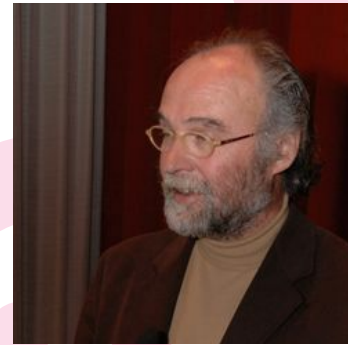
MT – A neuropsicologia da esquizofrenia não é um dado novo na apresentação clínica da doença. Os primeiros autores a descreverem esta patologia psiquiátrica, nomeadamente Kraepelin, já se referiam ao conjunto de sintomas cognitivos que acompanhavam o curso da doença. No entanto, quer por razões de natureza conceptual, quer de natureza metodológica, esta dimensão sintomatológica não foi muito valorizada durante muitos anos, sendo dada maior importância aos aspectos mais bizarros do comportamento e que mais interferiam com a vida normal do doente. Estou-me a referir às manifestações psicóticas ou, como hoje se chama, os sintomas positivos. Na verdade, quer os delírios, quer as alucinações, constituem manifestações que

traduzem um corte com a realidade comum, corte esse que perturba imenso não só o doente como os seus familiares e, de certa forma, a comunidade em que o doente está inserido. Durante muito tempo, as teorias explicativas da doença concentravam-se em torno deste tipo de sintomas. A par disto, a neuropsicologia não tinha desenvolvido modelos explicativos do comportamento e muito menos provas neuropsicológicas fiáveis para serem aplicadas a estes doentes. Ora, foi precisamente o advento de modelos mais actuais de natureza neuropsicológica (muito em resultado dos avanços da imagiologia cerebral em tempo real, nomeadamente a PET e a RMN funcional) que operaram uma viragem na atenção a ser dada aos diferentes componentes sintomatológicos da esquizofrenia. Em consequência, alguns estudos começaram a aparecer e a sugerirem que os défices de natureza cognitiva são os melhores preditores do sucesso-insucesso das estratégias de reabilitação destes doentes. Dito de outro modo, o funcionamento sócio-profissional destes doentes, após a recuperação do seu quadro de descompensação, depende essencialmente da natureza do seu défice cognitivo. Sendo isto actualmente consensual, é evidente que se torna necessário insistir na necessidade de uma correcta avaliação do défice cognitivo destes doentes para se poderem tomar medidas terapêuticas adequadas a uma eficaz reabilitação sócio-profissional. Caso contrário, continuamos a agir sem grande fundamento científico quando são desenhadas as estratégias reabilitadoras.

**SM - Então esse défice é um dado central da sintomatologia destes doentes. Sendo assim, qual é a gravidade e a extensão desse défice?**

MT - Começando pela extensão, é hoje consensual que todos os doentes apresentam défice cognitivo, em maior ou menor grau. Mesmo a consideração de alguns autores segundo os quais alguns doentes apresentariam um desempenho cognitivo normal é muito contestada. O que uma grande parte dos autores sugere, incluindo eu próprio, é que mesmo os doentes com desempenho cognitivo geral praticamente normal, apresentam uma ou outra função cognitiva deficitária. Por isso, é mais seguro

considerar-se que todos os doentes têm um certo grau de défice cognitivo. Quanto à gravidade, a maior parte dos estudos (incluindo várias meta-análises) sugerem que esse défice é grave já que, em média, os doentes com esquizofrenia apresentam desempenhos cognitivos que se situam entre 1 a 3 desvios-padrão abaixo da média do desempenho de controlos normais.



**SM- Sabemos que desenvolveu uma bateria para avaliação do défice cognitivo nestes doentes. Quer-nos falar do interesse e da importância dessa bateria?**

MT - Sabe que a maior parte dos testes neuropsicológicos não foram desenhados para avaliar o défice cognitivo em doentes com esquizofrenia, mas sim para doentes com lesões cerebrais consecutivas a traumatismos crâneo-encefálicos e, mais recentemente, consecutivos a processos degenerativos cerebrais, em que a doença de Alzheimer ocupa o centro desses processos. Isto parece pouco importante mas não é. Na verdade, a escolha de um conjunto de testes para integrarem uma bateria de avaliação neuropsicológica depende, entre outros factores, do tipo de lesão cerebral que o doente apresenta. Ora, o doente com esquizofrenia não apresenta lesões tão evidentes quanto se poderá julgar, apresentando antes uma série de disfunções

em determinados circuitos neuronais e hiperfunções noutros. Isto altera completamente a lógica da escolha dos melhores testes neuropsicológicos para avaliarem esse tipo de disfunções. Por isso, o primeiro trabalho que fiz foi proceder a uma revisão da literatura a fim de definir os testes mais fiáveis para avaliarem as principais funções cognitivas deficitárias nestes doentes. Só após esse trabalho, foi possível construir uma bateria compreensível que pudesse ser aplicada ao doente com esquizofrenia. Esse foi o segundo trabalho. Quanto ao interesse dessa bateria, ele reside principalmente em dois aspectos: em primeiro lugar, é uma bateria para aplicação essencialmente clínica (muito embora também se aplique à investigação). O que é que isto significa? Basicamente duas coisas: por um lado, que um doente particular é avaliado de modo a ser produzido um relatório que defina o seu perfil de défice cognitivo; isto é, que enuncie os seus pontos cognitivos fortes e fracos e que aponte para áreas cerebrais de maior atingimento. Por outro lado, que o seu desempenho actual (após a eclosão e a recuperação do seu episódio agudo) é comparado com a estimativa do seu desempenho cognitivo pré-mórbido. Em segundo lugar, o seu interesse reside no facto de ser constituída por um conjunto de 47 sub-testes consagrados da área da neuropsicologia, mas agrupados e organizados de tal modo que cada um dos 7 domínios cognitivos é avaliado por diferentes sub-testes, aumentando assim a consistência da avaliação. Para além disso, foi desenvolvido um software que facilita muito a vida aos técnicos. Ou seja, os técnicos apenas necessitam de aplicar a bateria ao doente e colocar as pontuações de cada sub-teste no programa informático, que este procede a um conjunto de cálculos, os quais, em conjunto com uma série de critérios, asseguram a produção de um relatório completo sobre as particularidades do desempenho cognitivo do doente.

**SM - Qual a experiência que já tem com esse instrumento?**

**MT -** Neste momento a bateria está sendo aplicada a doentes com esquizofrenia de vários centros de tratamento do país (já foram aplicadas cerca de 150

baterias), ao mesmo tempo que se está a construir uma amostra normativa com sujeitos normais. Este trabalho serve vários objectivos: um deles é a caracterização, no plano cognitivo, de doentes com esquizofrenia institucionalizados em diferentes instituições psiquiátricas portuguesas. Um outro é avaliar a consistência interna da bateria. Essa caracterização foi apresentada neste Simpósio (uma amostra de 50 desses doentes), permitindo não só corroborar os dados de outros estudos internacionais, como permitindo orientar as estratégias de remediação cognitiva necessárias para uma reabilitação mais eficaz. Como também foram apresentados os primeiros dados sobre a consistência interna da bateria.

**SM- Por fim, Sr. Prof., qual a divulgação que a bateria tem a nível nacional e internacional?**

**MT -** Em termos nacionais este instrumento e, sobretudo, a lógica e utilidade clínica que lhe subjazem, começam a ser bem acolhidos em diferentes unidades psiquiátricas espalhadas pelo país. De tal modo que o Centro Hospitalar Conde de Ferreira teve de criar uma formação contínua para atender aos pedidos de treino e aplicação deste instrumento que lhe vêm sendo solicitados. Simultaneamente criamos uma unidade de remediação cognitiva, inserida no Laboratório da Cognição desse Centro Hospitalar, a qual está a ter uma grande solicitação em termos de formação. Em termos internacionais, para além da bateria estar disponível na net em língua inglesa, começamos agora a publicar os primeiros trabalhos com a bateria em revistas de língua inglesa.

**SM - Muito obrigado por esta entrevista e boa sorte para a continuação desse empreendedor trabalho.**

**MT -** O prazer foi meu.





## Terapêutica Integrada da Esquizofrenia

Prof. Doutor A. Pacheco Palha – Hospital São João

Pergunta-me sobre a terapêutica integrada da esquizofrenia, isso pressupõe que, frequentemente, podíamos dizer que a terapêutica é desintegrada.



Se queremos integrar é porque efectivamente aceitamos que, enfim, sem ser com má intenção, em muitas circunstâncias a esquizofrenia é tratada de uma forma muito parcelar. E assim, uns acentuam claramente a vertente só farmacológica, que é, devo dizê-la, essencial e fundamental para tratar a esquizofrenia, considerada como uma doença que tem uma base profundamente biológica, e há outras vertentes que devem ser encaradas dentro de uma perspectiva de tratamento, não só do apoio que se fala: da família, sociedade etc., mas um programa de tratamento da esquizofrenia, ao ter diversas valências activas, deve constituir um programa integrado.

O que tem sucedido, frequentemente, é que há uma parte activa, que é a parte farmacológica e tudo o resto é muito subsidiário e, às vezes, até esquecido.

Quando se procura valorizar que muitos dos défices que aparecem e que comprometem a recuperação, nomeadamente os défices ditos cognitivos (e

sabemos que muitos dos inêxitos vêm da falta da activação de todo o sistema de cognição), começamos a pensar que, se valorizarmos também activamente outras achegas do tratamento, como seja esta vertente de tratamento dos défices, se verificarmos quais são as dificuldades claras que o doente tem, quais são os sectores da cognição que estão afectados, mais uns do que outros...

... e havendo novos processos de terapêutica cognitiva, de remediação, de remédio, nós vamos perceber que (se integrarmos tudo isso mais com uma acção intencional e programada de psicoeducação da família, por exemplo) a família precisa sem dúvida de ser enquadrada no processo terapêutico.

E porquê? Porque a família, quando tem um familiar com esquizofrenia, fica derrotada perante a vida. Por outro lado, isso leva a que muitas vezes, a chamada emoção expressa possa prejudicar o doente, porque não há dúvida que há valências emocionais negativas que são transmitidas.

Se nós conseguirmos trabalhar com a família essa noção de peso, que a doença dá no contexto familiar, se nós reduzirmos a emoção expressa dos familiares, se os integrarmos no programa terapêutico, nós vamos com certeza ter um projecto terapêutico completo e integrado, integrando, enfim, todas estas achegas, mas no sentido activo.

A ideia de tratamento integrado é esta, o que se falava muito noutros tempos e que se fala como chavão: é tudo multidisciplinar, tudo multifacetado, tudo trabalha em “*team*”, “*teamwork*”, muitas vezes não passam de palavras ocas, de intenções e não de práticas.

A chamada de atenção para a necessidade do tratamento integrado é mesmo um tratamento em parceria, mas parceria em que há um responsável, (mesmo podendo ser criticado por isso, é o que eu defendo), quem deve chefiar deve ser o terapeuta médico, com boa formação no tratamento da esquizofrenia. Isso é outro problema.

Provavelmente, no futuro, haverá médicos particularmente preparados, com saberes e com experiência que vão tratar melhor a esquizofrenia que outros.

Ou seja, toda esta nova problemática poderá implicar novo tipo de chegadas e novo tipo de revisão do papel, ou haverá uma especialidade ou uma subespecialização até dentro da área da psiquiatria clínica.

- A prática actual possível é que um doente esquizofrénico tem uma doença crónica. Deve ser tratado o mais cedo possível.

Isso implica que medidas de reabilitação imediata sejam feitas, nos pequenos défices ou nas pequenas alterações que possam surgir, e isso não significa que ele não deva continuar a ser seguido. Aí pode ser seguido ou não por um grupo grande de pessoas, técnicos desse tal tratamento integrado.

- Que vias para integrar os familiares?

A esquizofrenia é uma das doenças mais estigmatizantes ou estigmatizadoras. É um nome muito pesado, mas é preciso não ter medo do nome. Dá-me a ideia que o prognóstico se modificou muito nos últimos anos.

É uma doença que tem um nome, que tem uma história, que tem tratamento, que tem conhecidos factores de agravamento e de superação, e quase tem um prognóstico, enfim uma série de medidas que fazem olhar para o futuro com um certo optimismo.

Daí que o doente não deve ter medo de dizer: “eu sou esquizofrénico”, ou “tive uma crise esquizofrénica”... “Estou bem e funciono bem”.

Tirar também a ideia de que esquizofrenia significa violência, que significa crime.

A maior parte das vezes significa isolamento e ensimesmamento e não uma acção pró-activa na sociedade a andar à procura das pessoas, pelo contrário, a própria palavra “esquizoidia” significa fechamento, daí que é preciso desmontar muitas destas ideias. E esse desmontar começa no próprio doente.

E a informação do doente e a sua educação também são importantes. Embora haja o momento certo para o fazer. Não vai ser feito na primeira fase em que eventualmente a inquietação e a presença de fortes sintomas produtivos possa prejudicar essa acção. Mas logo que possível é preciso perceber o que são sintomas, o que é a doença que ele tem,

que é normal.

Muitos doentes me telefonam e dizem: “Dr., voltei a ouvir vozes. Acha bem que eu aumente aquilo?”. Isso é lidar com os sintomas e chama-se psicoeducação do doente. Mas não lhe vai dizer isso na fase aguda.

Tudo isto é uma maneira diferente de encarar e sobretudo de desdramatizar, mas é preciso tratar cedo. Mas para tratar cedo é preciso perceber que, em quase todos os estudos feitos no mundo se verifica que entre o aparecimento real dos primeiros sintomas “alucinoides” e a acção terapêutica e intervenção do médico, demora 3 a 5 anos.

É muito tempo. É preciso não dramatizar.

Quando uma pessoa aparece para tratamento e a família pergunta logo: Quanto tempo o Dr. acha que demora a ficar bom? Para quando? Eu respondo “daqui a um ano vamos ver.” Há uma grande desorganização dos programas e é preciso voltar a fazê-los. Isso faz-se com calma e sem ter essa necessidade urgente de resultado amanhã.

No entanto, quando passa já algum tempo e quando vemos pessoas com défices marcados, aí de facto a acção da reabilitação, da reintegração socioprofissional e familiar é muito importante porque é preciso que a sociedade perceba que há deficiências desta natureza, e que na actual legislação também as oportunidades de emprego, chamaríamos de emprego “protegido”, enfim, no sentido de não ser de uma exigência de ponta, possa existir para essas pessoas, que são válidas.

O trabalho é a melhor forma de estimular a progressão da melhoria e da sua recuperação.

## Avanços na Terapêutica da Doença Bipolar

Prof<sup>a</sup> Doutora M. Luísa Figueira – Hospital St<sup>a</sup> Maria

Sobre os avanços terapêuticos na Doença Bipolar o que pode constituir para os psiquiatras clínicos um avanço importante no tratamento da Doença Bipolar diz respeito à Depressão Bipolar, que é uma área de difícil tratamento.

Nós temos cada vez mais consciência das dificuldades em utilizar antidepressivos na Depressão Bipolar.



Nesta área há mesmo controvérsias relativamente às *guidelines*. Por exemplo, as *guidelines* americanas desaconselham os antidepressivos na Depressão Bipolar, enquanto que as *guidelines* feitas por organizações europeias aconselham o uso cauteloso de antidepressivos, isto com base em estudos que mostraram que não eram tão perniciosos na Depressão Bipolar, como foi a dada altura o consenso da comunidade psiquiátrica com base em estudos que mostravam que os doentes bipolares quando tomavam antidepressivos se instabilizavam.

Esta controvérsia estimulou muito a investigação de outros fármacos que já eram usados em fases maníacas ou hipomaniacas da Doença Bipolar, a serem também utilizados na Depressão Bipolar, tendo em conta que eles não só actuam em recepto-

res serotoninérgicos, para além dos dopaminérgicos. É o caso dos antipsicóticos atípicos que em estudos feitos demonstraram que nas escalas de avaliação dos doentes, os itens da depressão melhoravam tanto como os itens, digamos, dos sintomas psicóticos.

Entretanto, surgiu um avanço importante na literatura, um trabalho feito pelo Prof. Calabrese e outros colaboradores, que dava conta da eficácia da Quetiapina na Depressão Bipolar, a qual sendo um antipsicótico atípico foi testado em estudos controlados, revelando eficácia na Depressão Bipolar.

Também já tinha havido estudos da Olanzapina associada à Fluoxetina demonstrando uma eficácia superior à dos doentes que tomavam só Olanzapina ou tomavam outro estabilizador de humor com Depressão Bipolar.

Neste Simpósio mencionei estudos com a utilização de anticonvulsionantes na Depressão Bipolar, referindo a Lamotrigina, uma substância já conhecida dos psiquiatras, que tem dado alguns resultados positivos.

A conclusão que, do ponto de vista clínico, eu tirei, é que a terapêutica da Depressão Bipolar tem que ser uma terapêutica com combinações de fármacos. Quando a Depressão Bipolar é grave tem de se usar antidepressivos, associar estabilizadores de humor, e eventualmente antipsicóticos atípicos que tenham demonstrado eficácia na Doença Bipolar.

Isto reflecte a complexidade da Depressão Bipolar e as dificuldades que esta patologia opõe ao tratamento.

## Concepções Actuais das Doenças Esquizofrénicas e Bipolares – Uso dos Novos Antipsicóticos

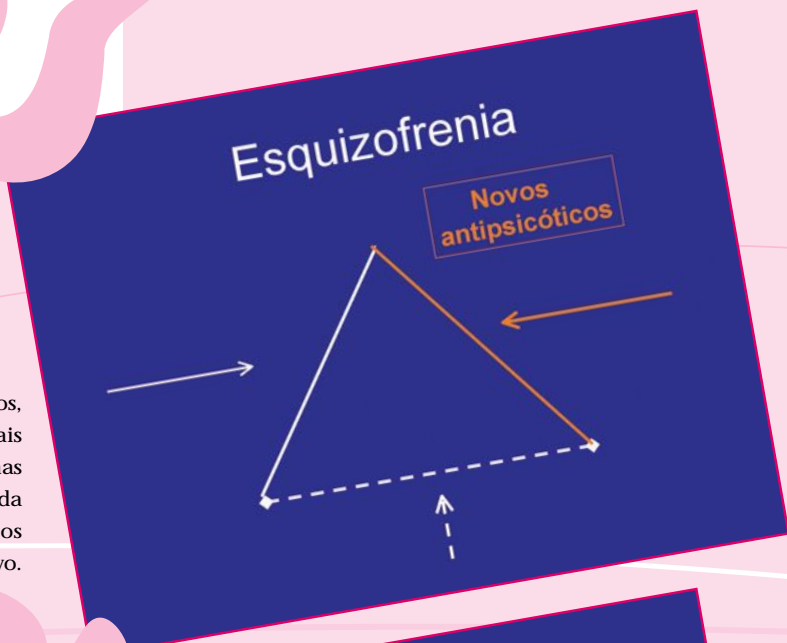
Prof. Doutor Filipe Arriaga – Hospital Stª Maria



### Esquizofrenia

Na área da esquizofrenia, os novos antipsicóticos, para além de um perfil de tolerabilidade mais vantajoso e da eficácia no controlo dos sintomas positivos, abrem a perspectiva de tratamento da sintomatologia negativa e mesmo de aspectos relacionados com o funcionamento neurocognitivo.

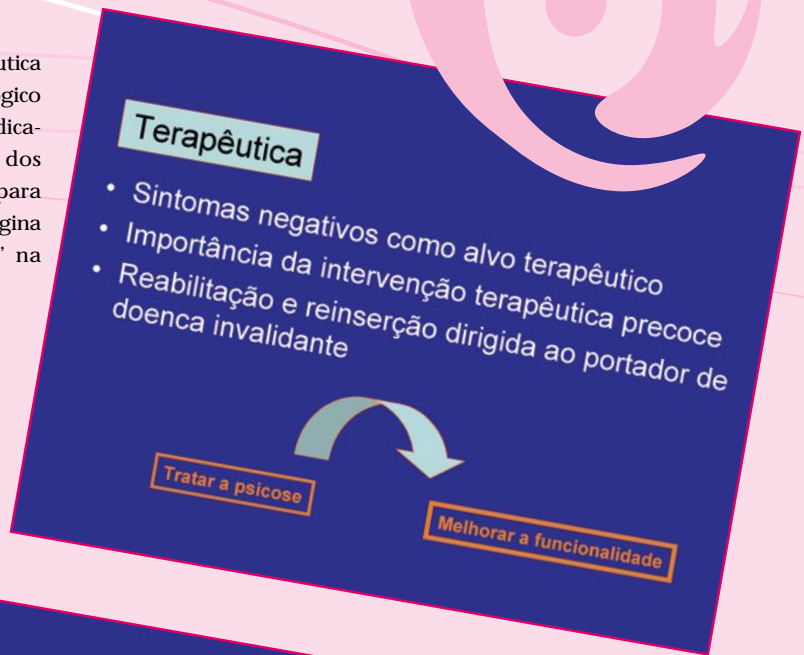
Sendo assim, emergiu a noção terapêutica de que os novos antipsicóticos seriam medicamentos “completos”, capazes de garantir um adequado tratamento da esquizofrenia nas suas diversas vertentes sindromáticas, e também na vertente neurocognitiva. Este *slide*, não esgota o pleomorfismo clínico e neurocognitivo da doença, mas permite situar, de um modo simplificado, as “faces” da esquizofrenia que poderiam beneficiar terapêuticamente com os novos antipsicóticos.





## Esquizofrenia

Existe um paralelismo entre esta noção terapêutica e os conceitos actuais de tratamento farmacológico da doença bipolar, com a utilização, nesta indicação, tanto dos novos antipsicóticos como dos “estabilizadores do humor”, com destaque para anticonvulsivantes como o valproato, a lamotrigina e o topiramato, cada vez mais “populares” na comunidade psiquiátrica.



A noção terapêutica prevalente baseia-se na equação “bipolaridade = uso de novos antipsicóticos e/ou estabilizadores do humor”, mais uma vez na perspectiva de que estes medicamentos teriam alguma “especificidade” para a doença, ou pelo menos permitiriam tratar as diferentes fases e ciclos clínicos dos doentes bipolares.

## Doença Bipolar

Em contraposição a esta noção, defende-se, com apoio na evidência médico-científica disponível, que:

- (i) continua a haver necessidade de diferenciar terapêuticamente as diferentes fases clínicas da doença, distinguindo entre tratamento agudo, de continuação e de manutenção;
- (ii) o grupo dos novos antipsicóticos é heterogêneo, nomeadamente no que se refere à eficácia nessas diferentes fases sintomáticas.

É assim que, neste grupo de fármacos, apenas em relação à quetiapina há demonstração, através de ensaios metodologicamente adequados, de benefício terapêutico nas fases ou episódios depressivos.

Serve esta representação gráfica apenas para sublinhar, no caso dos tratamentos de continuidade, a referida necessidade de diferenciação terapêutica, com recurso aos meios terapêuticos disponíveis, de acordo com o perfil terapêutico demonstrado de cada um dos medicamentos actualmente disponíveis.

Am J Psychiatry 2005

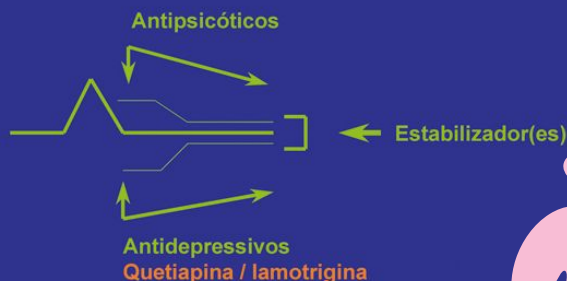
### A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial of Quetiapine in the Treatment of Bipolar I or II Depression

Joseph R. Calabrese, M.D., Paul E. Keck Jr., M.D., Wayne Macfadden, M.D., Margaret Minkwitz, Ph.D., Terence A. Ketter, M.D., Richard H. Weisler, M.D., Andrew J. Cutler, M.D., Robin McCoy, R.N., Ellis Wilson, M.S., and Jamie Mullen, M.D.

#### The BOLDER Study Group

**OBJECTIVE:** There is a major unmet need for effective options in the treatment of bipolar depression. **METHOD:** Five hundred forty-two outpatients with bipolar I (N=360) or II (N=182) disorder experiencing a major depressive episode (DSM-IV) were randomly assigned to 8 weeks of quetiapine (600 or 300 mg/day) or placebo. The primary efficacy measure was mean change from baseline to week 8 in the Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale total score. Additional efficacy assessments included the Hamilton Depression Rating Scale, Clinical Global Impression of severity and improvement, Hamilton Anxiety Rating Scale, Pittsburgh Sleep Quality Index, and Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire. **RESULTS:** Quetiapine at either dose demonstrated statistically significant improvement in Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale total scores compared with placebo from week 1 onward. The proportions of patients meeting response criteria (50% Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale score improvement) at the final assessment in the groups taking 600 and 300 mg/day of quetiapine were 58.2% and 57.6%, respectively, versus 36.1% for placebo. The proportions of patients meeting remission criteria (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale 12) were 52.9% in the groups taking 600 and 300 mg/day of quetiapine versus 28.4% for placebo. Quetiapine at 600 and 300 mg/day significantly improved 9 of 10 and 8 of 10 Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale items, respectively, compared to placebo, including the core symptoms of depression. Treatment-emergent mania rates were low and similar for the quetiapine and placebo groups (3.2% and 3.9%, respectively). **CONCLUSIONS:** Quetiapine monotherapy is efficacious and well tolerated for the treatment of bipolar depression.

### Tratamento de continuação / manutenção



## Implicações terapêuticas

- Equação

Bipolaridade



Estabilizadores do humor  
Novos antipsicóticos  
("estabilizadores")

## Novos antipsicóticos ...

- (Terão uma acção genuinamente "estabilizadora"?)
- Uso fora da equação "bipolaridade -estabilizadores" no contexto de
  - (i) tratamentos agudos
  - (ii) tratamentos prolongados, por prolongamento do efeito agudo - >
    - predomínio da vertente maníaca ou ...depressiva casos da quetiapina e lamotrigina
    - ciclos rápidos
    - "protecção" quando são usados ADs

Verifica-se assim que, tanto na área da esquizofrenia como da doença bipolar, surgiram noções terapêuticas que alguns autores denunciam como uma "shotgun strategy", isto, é baseadas na ideia de que medicamentos supostamente mais "específicos" e/ou completos permitiriam "varrer" todas as fases e componentes sindrômicos de doenças reconhecidamente complexas e com acentuado polimorfismo clínico.

Para ilustração final desta noção terapêutica, aqui problematizada, voltamos ao caso paradigmático da esquizofrenia, pondo em causa a noção de que os novos antipsicóticos – para além do inquestionável progresso terapêutico que representam – facultam tratamentos adequados para as diferentes vertentes sintomáticas e fases evolutivas da doença. Adicionalmente, é importante ter em conta que novos antipsicóticos têm perfis fármaco-terapêuticos diversos – de que é exemplo a eficácia antidepressiva da quetiapina na depressão bipolar – pelo que é fundamental um conhecimento exacto das características de cada um dos medicamentos.