

5º SEMINÁRIO  
INTERNACIONAL



A epidemia das

---

# DRUGAS PSIQUIÁTRICAS

---

Crise Planetária: pandemia,  
desigualdades, neoliberalismo  
e patologização.

Realização:



Apoio:



5º Seminário Internacional:  
A epidemia das drogas psiquiátricas

**Crise Planetária: pandemia, desigualdades,  
neoliberalismo e patologização**

Realização

04 e 05 de novembro de 2021

**Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental  
e Atenção Psicossocial (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Crise planetária : pandemia, desigualdades, neoliberalismo e patologização[livro eletrônico] / coordenação Paulo Amarante, Fernando Freitas. -- 1. ed. -- Rio de Janeiro : Ed. dos Autores, 2022.  
PDF.

Vários colaboradores.  
Bibliografia.  
ISBN 978-65-00-45355-3

1. COVID-19 - Pandemia 2. Medicamentos  
3. Medicamentos - Comércio - Brasil 4. Psiquiatria - Brasil 5. Psicotrópicos 6. Saúde mental I. Amarante, Paulo. II. Freitas, Fernando.

22-111320

CDD-616.89  
NLM-WM-100

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Psiquiatria : Medicina 616.89

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

2022

Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial/Fiocruz Av. Brasil, 4036 sala 506 - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 21.040-361

# Ficha Técnica

---

## SEMINÁRIO

### COORDENAÇÃO GERAL:

*Paulo Amarante, Fernando Freitas*  
(Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz - LAPS/ENSP/FIOCRUZ).

### EQUIPE DE ORGANIZAÇÃO:

*Ana Paula Guljor, Ana Paula Pimentel, Camila Motta Gomes, Eduardo Torre, Fernando Freitas, Leandra Brasil da Cruz, Leticia Paladino, Matheus Folly, Paulo Amarante, Rui Lima Jr.*

### COMITÊ CIENTÍFICO

*Ana Paula Guljor, Fernando Freitas, Paulo Amarante* (LAPS/ENSP/FIOCRUZ) | *Eroy Aparecida da Silva* (UNIFESP).

### PARTICIPANTES NACIONAIS E INTERNACIONAIS:

*Erika Kokay, Eroy Aparecida da Silva, Fernando Freitas, Helisleide Bonfim, Paulo Amarante, Rosangela Santos, Vera Pepe* (BRASIL) | *Ernesto Venturini* (ITÁLIA) | *Esther Solano* (BRASIL/ESPANHA) | *James Davis, Joanna Moncrieff* (REINO UNIDO) | *Peter Lehmann* (ALEMANHA).

### MATERIAL PERSONALIZADO:

Cards para mídias sociais: *Ana Paula Pimentel* | Tradução simultânea em Libras (Linguagem Brasileira de Sinais) e inglês/português: *Flash Traduções*.

### APRESENTAÇÃO MUSICAL:

Grupo Harmonia Enlouquece | Música: Sufoco da Vida | Composição: *Alexandre Machado, Hamilton Assunção* | Membros da banda: Vocalista: *Hamilton Assunção* | Back Vocal: *Ada, Graça, João Batista e Raquel* | Percussão: *Geiza Carvalho, Alfredo* | Violão base: *Francisco Sayão (Kico)* | Violão solo: *Sidnei Dantas* | Baixo: *Ricardo Conde*.

### FILMAGEM:

*VideoSaúde Distribuidora* - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/FIOCRUZ).

### LIVRO

#### TRANSCRIÇÃO:

*Matheus Coutinho, Guilherme Lima*.

#### EDIÇÃO TÉCNICA, REVISÃO DE TEXTO, PROJETO GRÁFICO E PROGRAMAÇÃO VISUAL:

*Ana Paula Pimentel*.

# Sumário

---

|   |     |
|---|-----|
| <b>INTRODUÇÃO</b>   | 06  |
| <b>APRESENTAÇÃO</b>   | 08  |
| <b>PROGRAMA DO SEMINÁRIO</b>  | 11  |
| <b>MESA DE ABERTURA</b>   | 12  |
| Ana Paula Guljor (Coordenação)  | 12  |
| Luciana Dias de Lima  | 13  |
| Leonardo Pinho  | 14  |
| Ana Sandra Fernandes  | 16  |
| Mônica Nunes  | 19  |
| Paulo Amarante  | 23  |
| Fernando Freitas  | 25  |
| <b>CONFERÊNCIA DE ABERTURA</b>  | 27  |
| <i>O passado e o futuro da psiquiatria e suas drogas.</i>   |     |
| Fernando Freitas (Coordenação)  | 27  |
| Joanna Moncrieff  | 27  |
| <b>MESA REDONDA</b>   | 58  |
| <i>Violações informais dos direitos humanos psiquiátricos: violência psiquiátrica através de desinformação deliberada sobre os riscos de dependência de drogas psicotrópicas e privação de apoio na descontinuação de drogas psicotrópicas.</i> |     |
| Apresentação musical – Grupo Harmonia Enlouquece  | 58  |
| Paulo Amarante (Coordenação)  | 60  |
| Peter Lehmann   | 62  |
| Fernando Freitas  | 70  |
| Helisleide Bonfim   | 72  |
| Rosangela Santos  | 78  |
| Eroy Aparecida da Silva   | 86  |
| <b>MESA REDONDA</b>   | 100 |
| <i>Determinação social do processo saúde/transtorno mental.</i>   |     |
| Vera Pepe (Coordenação)   | 100 |
| James Daves – Neoliberalismo e sociedade sedada.  | 101 |
| Esther Solano – As condições socioculturais e a produção do sofrimento psíquico.  | 121 |
| <b>RODA DE CONVERSA</b>   | 153 |
| <i>Construindo alternativas viáveis de tratamento não-psicofarmacológico.</i>   |     |
| Ana Paula Guljor (Coordenação)  | 153 |
| Robert Whitaker   | 153 |
| Ernesto Venturini   | 162 |
| Erika Kokay   | 168 |
| Fernando Freitas  | 175 |
| Paulo Amarante  | 179 |
| <b>LINKS PARA OS VIDEOS DO EVENTO</b>   |     |
| Dia 04/11/21 - VIDEO 1: <a href="https://youtu.be/-3sjirY3ykk">https://youtu.be/-3sjirY3ykk</a>   |     |
| Dia 04/11/21 - VIDEO 2: <a href="https://youtu.be/4ZEf8Fj_Vbk">https://youtu.be/4ZEf8Fj_Vbk</a>   |     |
| Dia 05/11/21 - VIDEO 1: <a href="https://youtu.be/i5KHtwS0_il">https://youtu.be/i5KHtwS0_il</a>   |     |
| Dia 05/11/21 - VIDEO 2: <a href="https://youtu.be/yDqj1xdyN80">https://youtu.be/yDqj1xdyN80</a>   |     |

## Introdução

---

O Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS) é um núcleo da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), uma das unidades técnico-científicas da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Constituindo-se como um espaço de reflexão sobre os saberes e as práticas em Saúde Mental, Atenção Psicossocial e Reforma Psiquiátrica, suas atividades são desenvolvidas com ênfase na natureza multiprofissional e na inter-relação entre os vários saberes do campo. São atividades que agregam pesquisadores, colaboradores, técnicos, estudantes e bolsistas da ENSP e de outras instituições e entidades.

Nos últimos quatro anos, tendo entre as instituições patrocinadoras a CAPES através do seu edital de apoio a eventos, o LAPS vem realizando o Seminário Internacional “A Epidemia das Drogas Psiquiátricas”, que discute questões relevantes relativas ao fato da prescrição e o consumo de drogas psiquiátricas virem atingindo níveis epidêmicos na sociedade contemporânea. Embora o pensamento dominante considere que esse fenômeno se deva aos avanços da habilidade médica em identificar transtornos mentais e à descoberta de novos medicamentos, muitos pesquisadores renomados e profissionais do campo da saúde mental têm outras compreensões deste fenômeno. Entender as causas e os danos do modelo de doença para a abordagem do sofrimento psíquico é uma questão prioritária da saúde pública, e este tem sido um os temas mais debatidos no campo da saúde no mundo atual, e em cada Seminário, contando sempre com a presença de intelectuais nacionais e internacionais reconhecidos no meio acadêmico-científico, assim como lideranças de usuários, ex-usuários, ativistas e sobreviventes da assistência psiquiátrica para aprofundar as discussões.

O objetivo estratégico dos Seminários Internacionais é contribuir para o aprofundamento das denominadas evidências científicas, que relativizam os fundamentos do modelo biomédico em psiquiatria, assim como procura desenvolver um know-how de como garantir um processo seguro e eficaz de tratamento psicofarmacológico ou alternativo a ele, enquanto um direito de escolha dos usuários e da sociedade em geral.

Levando em consideração o papel chave da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) na pesquisa e na formação de profissionais de saúde pública, os Seminários ensejam fortalecer o processo de intercâmbio de conhecimento e experiências nacionais e internacionais entre pesquisadores e alunos de pós-graduação interessados na construção de novas formas de abordagem do sofrimento psíquico que sejam alternativas ao modelo hegemônico. Além disso, os Seminários também fornecem fundamentos aos pesquisadores e professores brasileiros sobre as experiências nacionais e internacionais no campo, ao mesmo tempo em que subsidiam a pesquisa e a formação em suas instituições.

Em tais Seminários são aprofundadas temáticas relacionadas ao tratamento de transtornos psiquiátricos ou psíquicos por meio de abordagens alternativas ao modelo biomédico de tratamento; assim como é explorado o debate sobre as experiências relevantes de desmedicalização, descontinuação do uso de medicamentos psicotrópicos, uso racional de medicamentos, e utilização de técnicas e saberes alternativos, fundadas em referências conceituais e paradigmáticas produzidas por movimentos de usuários, ex-usuários e sobreviventes psiquiátricos.

O Seminário Internacional “A Epidemia das Drogas Psiquiátricas” acontece há cinco anos, de forma ininterrupta, e já está consolidado na agenda política, não apenas da Fundação Oswaldo Cruz e da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, mas também em âmbito nacional e internacional. Na Coordenação dos Seminários, estão dois pesquisadores nacionais que compõem o corpo docente e de pesquisadores do *International Institute for Psychiatric Drugs Withdrawal* (<http://iipdw.com>), os professores e pesquisadores do LAPS/ENSP/FIOCRUZ, Paulo Amarante e Fernando Freitas.

## Apresentação

---

Nos dias 04 e 05 de novembro de 2021 foi realizado o 5º Seminário Internacional “A Epidemia de Drogas Psiquiátricas - Crise Planetária: pandemia, desigualdades, neoliberalismo e patologização”. A proposta do evento foi discutir as consequências da crise planetária – agravada pela pandemia de Covid-19 – que acarretou no aumento das desigualdades sociais e dos processos de patologização e mercantilização da vida.

A pandemia de Covid-19 tem agravado a crise que as sociedades contemporâneas estão sofrendo. Trata-se da crise de um modelo de produção e reprodução da sociedade que conduz o planeta à morte, à destruição das instituições de suporte e proteção ao bem-estar social, ao aprofundamento das desigualdades, que está pondo em risco a própria humanidade. O modo como a pandemia de Covid-19 tem sido enfrentada explicita bem isso: uma sociedade que carece de recursos de compaixão e solidariedade para garantir as condições de vida para todos. Esse modelo de sociedade, hoje dominante, é o chamado neoliberalismo, e o 5º Seminário contribuiu para um melhor entendimento do momento e debate de possíveis soluções.

Durante todo o período pandêmico, ocorreu uma intensificação do sofrimento, e o momento passou a requerer que fosse contemplada a complexidade da determinação social do processo saúde-enfermidade. É preciso romper com a ideia de que quadros de sofrimento psíquico se restringem à questão biológica. É um risco patologizar uma sociedade. É um risco individualizar uma questão que é coletiva.

A quinta edição do Seminário Internacional foi organizada pelo Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em parceria com a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), o Conselho Federal de Psicologia (CFP) e o Grupo de Trabalho de Saúde Mental da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

A conferência de abertura do evento foi coordenada por Ana Paula Guljor (médica psiquiatra, pesquisadora coordenadora do LAPS/ENSP/FIOCRUZ) e proferida por Joanna Moncrieff (psiquiatra, cientista, professora sênior - *University College London*). A apresentação teve como título “*O Passado e o Futuro da Psiquiatria e as suas Drogas*” e deu continuidade a uma problemática que vem sendo abordada nos seminários anteriores: a medicalização psiquiátrica da miséria humana e suas alternativas.

A experiência dos ex-usuários da psiquiatria com a retirada das drogas psiquiátricas de suas vidas, o know-how desenvolvido pelos mesmos e as experiências de mútua ajuda que eles estão sendo criadas, foram assuntos da mesa-redonda que encerrou o primeiro dia do evento. A mesa-redonda coordenada por Paulo Amarante (médico psiquiatra, pesquisador – LAPS/ENSP/FIOCRUZ) contou com a participação de Peter Lehmann (cofundador de associações de proteção contra a Violência Psiquiátrica e de Sobreviventes da Psiquiatria, Doutor Honoris Causa/Universidade Aristóteles Salônica/GR, Ordem do Mérito - Alemanha). E também contou com a presença de lideranças do movimento da luta antimanicomial brasileiro e latino-americano.

O segundo dia do evento foi iniciado com uma mesa-redonda que debateu os determinantes socioeconômicos da saúde mental e do sistema de assistência psiquiátrica. A mesa foi coordenada por Vera Pepe (médica, pesquisadora - ENSP/FIOCRUZ), e contou com a participação do Dr. James Davies (antropólogo, professor de Antropologia Social e Saúde Mental na Universidade de Roehampton - Londres/UK). Também contou com a presença da professora Esther Solano (cientista social, professora adjunta da UNIFESP/SP e da *Universidad Complutense* - Madrid/Espanha).

Encerrando o Seminário, o último turno do evento começou com uma apresentação musical do grupo Harmonia Enlouquece (grupo musical criado no Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro (CPRJ), que apresentou a música “Sufoco da Vida”. Em seguida, foi realizada uma roda de conversa coordenada por Ana Paula Guljor, que buscou discutir a construção de alternativas viáveis de tratamento não-psicofarmacológico, contando com a participação de Erica Kokay (deputada, presidente da Frente Parlamentar em Defesa da Reforma Psiquiátrica), Ernesto Venturini (consultor OMS, Psiquiatria Democrática –

Itália), Fernando Freitas (psicólogo, Pesquisador – LAPS/ENSP/FIOCRUZ), Paulo Amarante (Médico Psiquiatra. Pesquisador – LAPS/ENSP/FIOCRUZ) e Robert Whitaker (Jornalista. Presidente do Mad in America - EUA).

A participação do público no evento foi bastante expressiva, resultando no total de mais de 10 mil inscritos. Havendo sido realizado em formato totalmente virtual e transmitido ao vivo pelo canal no YouTube da VideoSaúde Distribuidora, a presença do público chegou a marcar um pico de espectadores simultâneos (ao vivo) de cerca de 1.200 pessoas, e as gravações registram mais de 7 mil reprodução, até o momento.

Queremos registrar nossos agradecimentos a todas e todos que contribuíram para o êxito deste evento!

Paulo Amarante  
Fernando Freitas  
Ana Paula Guljor  
(LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

## Programação

---

### 04 de novembro – Quinta-feira

#### 9h00 – 9h45 | ABERTURA

*Participantes: Ana Sandra Fernandes (Presidente do Conselho Federal de Psicologia); Fernando Freitas (LAPS/ENSP/FIOCRUZ); Leonardo Pinho (Presidente da ABRASME); Luciana Dias de Lima (DAPS/ENSP/FIOCRUZ); Mônica Nunes (Coordenadora do GT Saúde Mental/ABRASCO); Paulo Amarante (LAPS/ENSP/FIOCRUZ). Coordenação: Ana Paula Guljor (LAPS/ENSP/FIOCRUZ).*

#### 10h00 – 12h00 | CONFERÊNCIA DE ABERTURA

**“O Passado e o futuro da psiquiatria e suas drogas”.**

*Convidada: Joanna Moncrieff (Médica psiquiatra, professora Sênior na University College London - Reino Unido). Coordenação: Fernando Freitas (LAPS/ENSP/FIOCRUZ).*

#### 12h00 – 14h00 | ALMOÇO

#### 14h00 – 16h00 | MESA-REDONDA

**“A Experiência de Vida dos Usuários e Sobreviventes da Psiquiatria com relação ao tratamento psicofarmacológico”.**

*Convidados: Peter Lehmann (Liderança de movimentos dos sobreviventes da psiquiatria, Associação para a Proteção contra a Violência Psiquiátrica, Rede Europeia de Sobreviventes da Psiquiatria); Helisleide Bonfim (atriz, usuária de serviço de saúde mental de Salvador (BA); Rosângela Santos (Diretoria nacional da ABRASME, usuária dos serviços de Saúde Mental de Belém/PA); Eroy Aparecida da Silva (UNIFESP). Coordenação: Paulo Amarante (LAPS/ENSP/FIOCRUZ).*

### 05 de novembro – Sexta-feira

#### 9h00 – 12h00 | MESA-RESONDA

**“Determinação social do processo saúde/transtorno mental”.**

**“Neoliberalismo e Sociedade Sedada”.**

*Convidado: James Davies (Antropólogo, professor de Antropologia Social e Saúde Mental na Universidade de Roehampton, Londres/UK).*

**“As condições socioculturais e a produção do sofrimento psíquico”.**

*Convidada: Esther Solano (Cientista social, Profa. Adjunta da UNIFESP/SP, e da Universidad Complutense de Madrid/Espanha). Coordenação: Vera Pepe (ENSP/FIOCRUZ).*

#### 12h00 – 14h00 | ALMOÇO

#### 14h00 – 16h00 | RODA DE CONVERSA

**“Construindo alternativas viáveis de tratamento não psicofarmacológico”**

*Convidados: Fernando Freitas (LAPS/ENSP/FIOCRUZ); Robert Whitaker (Mad in America - EUA); Ernesto Venturini (Consultor OMS, Psiquiatria Democrática/Itália); Deputada Erica Kokay (Presidente da Frente Parlamentar em Defesa da Reforma Psiquiátrica); Paulo Amarante (LAPS/ENSP/FIOCRUZ). Coordenação: Ana Paula Guljor (LAPS/ENSP/FIOCRUZ).*

## Mesa de Abertura

---

ANA PAULA GULJOR (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)<sup>1</sup>

*Bom dia a todos, todas e todes! É com muito prazer que nos recebemos aqui na abertura da nossa 5ª edição do seminário internacional epidemia de drogas psiquiátricas. E nessa versão atual estaremos com o tema “crise planetária: desigualdade, neoliberalismo e patologização”. O seminário de drogas psiquiátricas que já está na quinta edição; ele é uma iniciativa do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção psicossocial da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fiocruz, os quais agradecem profundamente em nome de Luciana (vice-diretora que vai estar aqui conosco).*

*Nessa mesa de abertura há representantes de entidades significativas do movimento de saúde mental brasileiro. Como representante institucional da Fiocruz está aqui conosco a Luciana. Podemos dizer nesse momento de tanta polarização, de tanta dificuldade na escuta, que esse seminário é realizado com muito carinho, com a iniciativa de estabelecer um diálogo, de estabelecer uma discussão pautada nas evidências científicas, pautadas na discussão da Ciência, da sociologia, da antropologia, sobre a questão da Saúde Mental e suas formas de cuidado. Então, é fundamental que a gente possa estabelecer esse diálogo, que possamos buscar o debate no sentido da garantia dos direitos dos usuários a terem conhecimento das diversas formas de cuidado às quais podem ter acesso, dos prós e contras de todos os tratamentos aos quais eles podem estar sendo orientados a seguir. Então, é com esse espírito crítico do debate científico que hoje nós vamos abrir esse seminário, e agradecer o apoio do CEBES, o apoio da ABRASME, o apoio da Escola Nacional de Saúde Pública, de todas as entidades que vêm nos apoiando ao longo de todo esse tempo. Ao longo das nossas falas vou mencionando todas elas.*

---

<sup>1</sup> Médica psiquiatra, coordenadora do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), FIOCRUZ-RJ. Mestre e Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME).

*Hoje nós vamos ter conosco Luciana Dias de Lima, vice-diretora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz; Leonardo Penafiel Pinho, presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental; Ana Paula Fernandes, presidente do Conselho Federal de Psicologia; Mônica Nunes, representante e coordenadora do Grupo de Trabalho em Saúde Mental da ABRASCO, e eu que vos falo, Ana Paula, coordenadora do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da ENSP/FIOCRUZ. Eu passo a palavra, então, para começarmos. Luciana, por favor!*

LUCIANA DIAS DE LIMA (DAPS/ENSP/FIOCRUZ)<sup>2</sup>

*Bom dia! Antes de mais nada, enquanto vice-diretora de pesquisa e inovação da ENSP, em nome de toda direção da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fiocruz, eu gostaria de saudar os participantes e membros da mesa de abertura do seminário internacional “A epidemia das drogas psiquiátricas”. Parabéns a professora Ana Paula Guljor e os professores Paulo Amarante e Fernando Freitas, do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da ENSP, pela organização e coordenação dessa quinta edição do Seminário, que vem ocorrendo desde 2017 de forma ininterrupta. Então, isso é muito, por si só, muito interessante, eu diria.*

*E os temas dos seminários que vêm sendo realizados ao longo desses cinco anos sempre são muito instigantes; provocam-nos a refletir sobre as causas e as consequências desse tema tão complexo que é a epidemia das drogas psiquiátricas – fenômeno esse que assola não só o Brasil mas o mundo todo. Estes Seminários nos colocam, nos provocam a refletir sobre as causas desse fenômeno, mas também sobre as consequências em suas múltiplas expressões. Nesse seminário, eu vejo no tema que foi proposto e na programação desses dois dias, que teremos a oportunidade de aprofundar a*

---

<sup>2</sup> Médica, mestre e doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Pesquisadora adjunta e Chefe do Serviço de Pesquisa do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fiocruz (DAPS/ENSP/FIOCRUZ).

*discussão sobre a epidemia das drogas psiquiátricas, entrando nas suas raízes mais profundas, privilegiando temas estruturais como o neoliberalismo, essa doutrina política e ideológica que sustenta o modelo de sociedade capitalista do mundo atual, as relações entre a pandemia da Covid e as desigualdades sociais em suas múltiplas dimensões; sabemos que se reforçaram mutuamente, mundo afora, evidenciando diferentes formas de exclusão em nossa sociedade e os riscos que enfrentamos para a sobrevivência do planeta e da própria humanidade... E as consequências disso tudo para a patologização da vida e saúde mental.*

*Então vejo que teremos também a oportunidade de discutir perspectivas de futuro, que se apontem alternativas políticas e ações para o enfrentamento desses problemas, e a construção de soluções. Dito isso, eu tenho certeza que teremos dois dias de muita troca, muito aprendizado, como nos lembra a Ana, e desejo boas discussões, bom seminário pra todos nós!*

ANA PAULA GULJOR (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Obrigada Luciana, pela sua participação. Vamos dar sequência com a fala de Leonardo Penafiel Pinho.*

LEONARDO PINHO (ABRASME)<sup>3</sup>

*Na área dos direitos humanos, se a gente classificar em vez do compromisso Internacional que o Brasil assinou de progressividade das políticas públicas, que é o quê, a cada Gestão Pública a gente aprende com os erros, com os acertos, mas visando sempre olhar para frente. Infelizmente, nós estamos voltando para trás. Então, começar aqui... Essa edição está no meio disso. E a pandemia nos mostrou, infelizmente, que o Brasil aprofundou sua desigualdade, que é um dos temas aqui. A agenda da fome, do sofrimento da fome, volta à agenda nacional. Nós estamos no meio de uma situação de perda da indústria, da área de serviços.*

---

<sup>3</sup> Cientista social, presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME).

*E uma área cresceu e cresceu muito: a chamada Indústria Farmacêutica, no Brasil. E o que a gente assiste é que a resposta a essa crise social, ambiental, econômica no Brasil, tem sido respondida com a ampliação da patologização da vida nos seus diversos aspectos. A gente viu a medicalização da infância entrando na agenda; nós vimos a medicalização para o sono... Ou seja, para dormir você precisa de uma medicação. Dor, sofrimento como fenômeno humano é tratado hoje essencialmente através da medicalização; e vimos, inclusive, uma coisa interessantíssima que foi a medicalização da política! A política começou a receitar medicamentos, começou a ter uma luta em torno de medicamentos no ambiente político. Então, a gente vê essa grande preocupação, enquanto ABRASME, com o fenômeno da medicalização da vida, da política, da Infância, em especial, atualmente, com o recorte aqui das drogas psiquiátricas.*

*Então, a ABRASME novamente agradece o papel da Fiocruz, parabeniza a realização desta 5ª edição, e destaca centralmente a importância desse Seminário Internacional em meio a essa crise social Econômica política ambiental, em meio ao cenário de contrarreforma, sabendo que esse Seminário vai ser um passo a mais para gente acumular conhecimento, acumular dados científicos, pesquisas, pessoas de envergadura em nível internacional, para as nossas reflexões. Porque as nossas reflexões também são um guia de ação para o Brasil voltar ao trilho da progressividade dos seus direitos humanos. Obrigado Ana Paula e parabéns aí para todos os organizadores, Fernando, Paulo Amarante, todos da equipe da Fiocruz.*

ANA PAULA GULJOR (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Obrigada Leonardo. Eu não poderia deixar de dizer: Leonardo é o nosso presidente da ABRASME. Eu, atualmente, estou vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental, e é desse lugar, que nós do instituto de pesquisas e laboratório de Saúde Mental falamos, do lugar daqueles que há décadas lutam pela transformação do modelo assistencial, a transformação desse olhar fóbico, excludente, da sociedade em relação às diversidades, aos diferentes... do lugar da Reforma Psiquiátrica. É importante que a gente diga isso, e*

*agregando que, a partir desse lugar, nós temos esse quantitativo de entidades, movimentos, que nos apoiam nesse processo e nas discussões realizadas nesse Seminário. Eu não falei no início, mas, vou agregar agora, uma falha nos agradecimentos... À CAPES, que também contribui com algumas das nossas atividades aqui, financiando algumas atividades aqui do Seminário.*

*Na sequência, eu vou convidar pra falar conosco a Ana Sandra Fernandes, presidente do Conselho Federal de Psicologia, parceiro histórico dos trabalhos que realizamos aqui na Fiocruz. Por favor, Ana!*

ANA SANDRA FERNANDES (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA)<sup>4</sup>

*Bom dia, Ana Paula! Bom dia Dra. Luciana, Léo... Bom dia, Mônica. Bom dia a todas as pessoas que acompanham o seminário! Quero dizer da alegria de poder estar mais uma vez na 5ª edição do seminário Internacional, e seria redundante dizer o tamanho da importância da realização desse Seminário, com essa temática, nesse momento específico que a nossa sociedade tem vivenciado. Quero ressaltar o quanto é fundamental a discussão sobre a epidemia das drogas psiquiátricas nessa crise que é planetária e que, como Leo ressaltou, tem um aspecto importante aqui no Brasil. Além da pandemia, a gente vive fatores extremamente graves com as desigualdades e todo esse processo de patologização da vida que a gente vem acompanhando com muita preocupação.*

*E após esses 18 meses do início da pandemia, a gente avalia... os estudos têm demonstrado isso: que as medidas de isolamento social e quarentena, que são utilizadas como uma forma de conter o avanço da covid-19, também vão se constituir como um importante fator de risco à saúde mental. Alguns estudos têm identificado efeitos dessas medidas em sintomas de stress pós-traumático, confusão, raiva; as pessoas estão aí relatando muitos sintomas de ansiedade, preocupação, medo... uma preocupação com a escassez de suprimentos, perdas financeiras. Léo falava do agravamento dessa situação inaceitável e vexatória como a questão da fome, aumento do*

---

<sup>4</sup> Psicóloga, mestre em Ciências das Religiões pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Presidente do Conselho Federal de Psicologia (CFP).

*estigma social em relação aos grupos que vêm sofrendo de uma forma ainda mais importante nessa pandemia. A gente pode fazer um destaque para a população idosa e para o aumento da violência contra as mulheres, e tantas outras coisas que estão colocadas.*

*E aí, a gente pensa que é um papel importante... Cabe à ciência psicológica também esse importante papel de pensar e produzir e promover manejos que auxiliem no controle desses sintomas e na mitigação desses efeitos tão desastrosos que a pandemia tem trazido para o Brasil e para o mundo. Eu queria fazer um destaque, como nosso momento de fala é pequeno, para somar a esses elementos que eu já trouxe, que é a nossa avaliação, o aprofundamento da crise de saúde mental, os retrocessos promovidos no seio das políticas públicas. Quero fazer coro à fala do Léo. Porque há várias normativas que apontam para uma centralização dos cuidados em Saúde Mental nas comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos. Além disso, por si só, a pandemia precisa ser entendida como esse processo sócio-político que tem trazido danos severos à sociedade, tão mais que apenas pelo avanço do vírus, mas principalmente pela forma com que seu enfrentamento tem se dado (se deu e tem se dado) pelas autoridades competentes, cuja gravidade do cenário, que já é por si só muito grave, foi e tem sido constantemente negada e negligenciada.*

*Então é nítido que todo esse estado de coisas tem sido fruto de um esforço contínuo por parte do Poder Executivo, cujo intuito deixa muito nítido para gente, nos parece que de forma muito forte, um desmonte das políticas estabelecidas. Muito antes de a pandemia começar, isso já acontecia, e essas políticas foram todas estabelecidas à duras penas no campo da Saúde Mental de álcool e Outras Drogas, e assistência social. Quem está por trás disso, por sua vez, deve-se, em nosso entendimento, a um viés neoliberal que tem sido implementado por grupos corporativos que apostam os lucros do sistema de cuidados segregatórios, com violação de direitos – grupos esses que contam cada vez mais com mais financiamento e menos fiscalização.*

*E, para encerrar, queria fazer o apelo para que a gente possa continuar juntos naquela que constitui o empenho histórico da Psicologia brasileira, que é a luta antimanicomial. Já que, desde a década de 80, a psicologia tem participado ativamente dos movimentos de reforma sanitária e reforma*

*psiquiátrica antimanicomial, que possibilitaram a criação e manutenção do Sistema Único de Saúde (o SUS), e a implantação de uma rede de atenção psicossocial (a nossa RAPS). Apesar desses esforços históricos, temos aqui muitos, a exemplo do Paulo, que foram testemunhando esses feitos históricos. Nós temos, na atualidade, testemunhado todos esses retrocessos nas restrições a hospitais psiquiátricos que o governo fez antes da pandemia. Não apenas o crescimento de leitos, mas uma realidade muito triste: crianças internadas com adultos por tempo indefinido, óbitos inexplicados, idosos que moram permanentemente nessas instituições, adolescentes amarrados com braços inchados por ficarem em contenção mecânica indiscriminadamente... tudo isso está lá no nosso relatório. Eu faço um apelo para que vocês acessem, e leiam. O que constatamos é um direcionamento de ações de cunho neoliberal em um contexto de dismantelo de toda essa rede de saúde mental em que o Brasil tornou-se mundialmente o modelo, graças à luta de muitos com uma experiência crescente e exitosa de desinstitucionalização, que vem sendo paulatinamente substituída por um modelo de cunho mercadológico que só aumenta a desigualdade de oportunidades onde o acesso deveria ser Universal.*

*E, nesse viés, perde muito a sociedade, cada um dos usuários da saúde, à medida que se retorna a um paradigma retrógrado, restritivo, biomédico, pautado na medicalização excessiva à custa de um modelo de saúde que preza autonomia à participação, a garantia de direitos em suma essencial à humanização de todas as pessoas. E a esse estado de coisas a gente não deve se conformar. Pois é a partir do nosso inconformismo diante das injustiças e desigualdades que poderemos juntas e juntos superar mais este momento de retrocesso no nosso país. E, daí, a importância desse 5º Seminário para que a gente possa acumular conhecimento, saberes científicos, que fortaleçam cada vez mais a nossa luta.*

*Mais uma vez, meu agradecimento pelo convite e a certeza da parceria do Conselho Federal de Psicologia nessa luta que para nós é fundamental. Muito obrigado a todos vocês!*

ANA PAULA GULJOR (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Muito Obrigada, Ana! Muito me mobiliza sua fala sobre essa reverberação dos participantes, dos militantes da reforma psiquiátrica antimanicomial ao longo dessas décadas. É um exercício permanente de transmissão às novas gerações, à primeira, segunda, terceira. Estamos chegando já na quinta geração daqueles que iniciaram lá em 1978 todo esse processo tão importante. E realmente, esse lugar do Seminário dialoga diretamente com o questionamento desse modelo biomédico, biologizante, que recusa a transversalidade de saberes e categorias profissionais que estão envolvidas no cuidado em Saúde Mental. Então é um movimento, é um processo de agregar esses diversos saberes, que faz com que a gente tenha esse espaço. Que neste ano, são dois dias virtuais... mas que a gente tenha esse espaço de intensa troca.*

*Na sequência vou convidar a doutora Mônica Nunes, que é coordenadora do grupo de trabalho de saúde mental da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Por favor, Mônica!*

MÔNICA NUNES (ABRASCO)<sup>5</sup>

*Primeiro dar bom dia a todos, todas e todes que nos assistem, e agradecer muito a honra, a alegria de estar aqui presente nesse importantíssimo Seminário. Venho em nome da ABRASCO, apresentando com reconhecimento da nossa entidade de que atualmente esse Seminário, levado a cabo já na sua 5ª edição pela ENSP, Fiocruz, LAPS... E eu queria nomear, em particular os professores Paulo Amarante, Fernando Freitas, Ana Paula Guljor e todos os outros que eu tenho certeza que têm feito parte ativa. Quero já ressaltar a Luciana Lima, e aproveitar também para saudar os meus companheiros, Leonardo Pinho, Ana Sandra, e dizer que é muito importante termos eventos que produzam, que sejam capazes de produzir transformação*

---

<sup>5</sup> Médica psiquiatra, mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Doutora em Antropologia pela Universidade de Montreal e Pós-Doutorado em Antropologia na Universidade Paris V - Descartes. Membro da Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde e do GT de Saúde Mental da ABRASCO. Representante da região Nordeste na diretoria da ABRASME.

*cultural, e uma transformação cultural pelo conhecimento científico bem consolidado.*

*Eu acho que a gente está num momento de tanto ataque... Então, eu queria chamar atenção, que de um lado é o ataque das fake news, evidentemente; e do outro lado da agora chamada Agnotologia – que é a produção da ignorância, produção deliberada da ignorância para se contrapor de forma muito astuciosa. Então eu acho que esse Seminário vai na contramão. E eu queria, inclusive, propor que ele já não se chama mais “epidemia das drogas psiquiátricas”, mas sim “pandemia das drogas psiquiátricas”, tendo em vista amplitude Global que esse fenômeno atualmente atinge. Ele atinge desde localidades mais longínquas até as grandes metrópoles, classes sociais diferentes, grupos sociais diversificados, e eu acho que é importante pensar nesse uso abusivo... Uso às vezes não adequado. E é claro que existe o uso adequado, mas eu estou falando que eu acho que esse Seminário está chamando atenção para o uso inadequado dos psicofármacos, das drogas psiquiátricas. Eu acho que é bom usar esse termo.*

*Esse uso começa a ter aura de um marcador de opressão social, de controle social, dentro dessa ideia de que os corpos são controlados. Nisso que Foucault falava das políticas... a questão de você manter controle das mulheres via psicofármacos, controle de grupos vulneráveis, controle dos corpos produtivos. Então, eu acho que a gente precisa entender que há uma função nesse uso, que é uma função mercadológica, evidentemente, mas que é uma função também de controle, também de construção de corpos dóceis, de corpos que se adequam a alguns objetivos muito claros, políticos inclusive.*

*E, evidentemente, o grande drama, talvez... A produção vai além de uma só profissão – que é a da Indústria Farmacêutica. Porque ela acaba sendo incorporada pelos usuários, e ela é incorporada pelos usuários por diversas razões. Um deles é porque o uso de drogas, que a gente sabe que é um mecanismo de enfrentamento de sofrimento. Sobre isso, foi falado amplamente das questões do sofrimento, dentre os quais eu queria destacar o que é chamado de “Sofrimento Brasil”. Então, todas essas searas de elementos que a Ana, a Ana Sandra, o Leonardo, mas também a Luciana (que me antecederam)... É aquilo que está sendo constituído cada vez mais forte como “Sofrimento Brasil”. Está sendo sofredor morar nessa pátria, que está sendo*

*cada dia mais madraستا. Então, eu acho que essa é uma coisa que é muito importante. E é aí que os psicofármacos entram, como forma de aliviar esse sofrimento. As pessoas utilizam porque existe uma forma muito bem feita, muito eficaz de comunicação social.*

*E, eu acho que é na contracorrente desta comunicação, ou seja, produzindo a contrainformação, forte, sustentada cientificamente, para gente ampliar isso em nível de sociedade... A gente precisa conhecer mais. Eu defendo, inclusive, também como ABRASME, que do mesmo jeito que os Seminários têm acontecido, é preciso que a gente produza mais conhecimento, pesquisas para conhecer melhor de que modo esses usuários e usuárias dessas drogas se significam, como essas drogas entram na sua própria vida cotidiana, que importância ganham, como é que elas são vistas de forma inclusive polissêmica, como é que muitas vezes você usa, você as utiliza para resolver vários problemas, inclusive o da fome.*

*Quando eu era residente de psiquiatria, uma vez uma senhora veio me pedir remédio para dormir. E aí eu, muito jovem, perguntei: “mas, o que a senhora tem que a senhora não está conseguindo dormir?”. Ela disse: “olha, doutora, a questão é a seguinte: eu passo a noite inteira só pensando no que eu vou dar de comer para os meus filhos”. Então, eu acho que é entender que esse uso de psicotrópicos e psicofármacos, como o resto das drogas em geral, tem várias razões. Enquanto, a gente não atuar sobre a raiz dos problemas, mas também enfrentá-los de forma muito corajosa com uma comunicação social, ofertando também outras formas de cuidado, ofertando outras saídas... Mas, também, queria chamar atenção para uma produção coletiva das soluções para a superação desse enorme problema que já é até um câncer na nossa e em outras sociedades.*

*Então, eu acho que essa produção coletiva é uma produção evidentemente de mobilização social, de reivindicação de políticas de proteção social. A saída desse absurdo, dessa absurda situação em que nos encontramos e que só foi aprofundada pela pandemia da covid-19, mas que tem raízes muito mais profundas no neoliberalismo selvagem, da falta total de humanidade, da falta total de respeito... e isso que a gente tem chamado cada vez mais por necropolítica: onde os corpos pobres, negros, os corpos mais desvantajosos não tem lugar. E eu acho que a saída dessa situação vai*

*acontecer por essa articulação entre a produção de conhecimento bem consolidado com a forma como esse conhecimento chega às pessoas. Porque quando as pessoas chegam nos serviços de saúde, elas não fazem essa mediação, e elas, muitas vezes, vão lá pedindo remédio. Agora, você quer remédio para quê? Então, são essas ideias.*

*O que está na base do uso indiscriminado dessas medicações, é claro que fomenta isso de uma forma deliberada, pois produz consumo para um mercado enorme. Todas as crises aumentam de forma inestimável o consumo de psicofármacos. Todas, todas elas fazem um aumento indiscriminado. E a gente precisa, na verdade, atuar na raiz da crise, na produção de soluções coletivas e em responsabilização do poder público e de mudar a ordem das coisas. Então, eu quero reiterar a fundamental importância dessa produção que vocês têm feito aqui no LAPS, no que diz respeito às drogas, porque já está dando frutos. Mas, que precisa ampliar, para fazer com que esses frutos cheguem onde precisam chegar. Eu acho que a gente precisa realmente fazer uma frente muito ampla de enfrentamento dessa situação. Eu quero agradecer muito por estar aqui com pessoas que, eu sei, são lutadores e lutadoras, pessoas que estão aí para transformar a sociedade. Então, obrigada Ana Paula, Paulo, Fernando, Obrigada Mônica e a todos vocês!*

ANA PAULA GULJOR (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Obrigada, Mônica! Vou pedir para falar com Paulo Amarante e Fernando Freitas. Por favor, abram suas câmeras também. Nós estamos caminhando para a finalização dessa primeira mesa de abertura. Paulo Amarante e Fernando Freitas, os coordenadores, organizadores, deste Seminário: aplausos e parabéns a vocês dois! Eu vou dizer que, na sequência, nós teremos ainda hoje pela manhã, o Fernando Freitas fazendo a coordenação da mesa “O passado e o futuro da psiquiatria e suas drogas”, onde nós teremos como palestrante a Joanna Moncrieff. No horário da tarde, nós teremos uma mesa sobre as experiências de vida dos usuários e sobreviventes da psiquiatria com Peter Lehmann, Helisleide Bonfim (nossa atriz ganhadora do prêmio ABRASME Salvador, de 2019, como atriz revelação). A diretora da ABRASME*

*Rosângela Santos e a Eroy Aparecida da Silva da Unifesp, que vão estar debatendo conosco essas experiências. E amanhã, vamos estar falando, pela manhã, nessa Perspectiva da transversalização de saberes, de entender esse lugar dos determinantes sociais do processo saúde-doença enquanto fundamentais no entendimento e na construção de estratégias, transformação do cuidado e dos agravos do sofrimento psíquico. Teremos uma mesa com James Davis, de Londres, da Universidade de Hampton, professor de antropologia social e saúde mental nessa universidade. E Esther Solano, socióloga e professora adjunta da Unifesp e da Universidade Complutense de Madri. E na finalização, nós vamos ter a mesa que fala sobre a busca de novas alternativas do cuidado em Saúde Mental com Erika kokay, o Ernesto Venturini Freitas, Paulo Amarante, e Robert Whitaker. Eu vou deixar a fala para uma saudação a vocês, nossos coordenadores Paulo Amarante e Fernando Freitas, e aí encerramos a nossa mesa de abertura para iniciarmos daqui a pouco, às 10h00 a próxima atividade. Por favor, Paulo!*

PAULO AMARANTE (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)<sup>6</sup>

*Bom dia! Muito obrigado a todos e todas que estão participando do Seminário. Nessa Mesa de abertura, muito particularmente à Luciana, do meu departamento por muitos anos. À querida Ana Sandra Fernandes... o CFP é um parceiro desde o primeiro Seminário, e é um pioneiro nessa discussão tão séria no Brasil, sobre os desvios do uso da ciência para patologização e medicalização, e é uma entidade que defende profundamente uma boa prática do profissional da psicologia e da saúde pública. O CFP é uma entidade que pensa a questão da saúde, não apenas da prática profissional dos psicólogos... pensa dentro de uma política de soluções da Reforma Psiquiátrica, da Luta Antimanicomial. Quero registrar a minha admiração e reconhecimento por esse papel.*

---

<sup>6</sup> Médico psiquiatra, mestre em Medicina Social (UERJ) e doutor em Saúde Pública (Fiocruz e Trieste/Itália), com estágio de Pós-Doutorado em Imola (Itália). Pesquisador Sênior do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS/ENSP/Fiocruz). Presidente de Honra da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME). Doutor Honoris causa da Universidade Popular Madres de Plaza de Mayo. Ativista da Luta Antimanicomial.

*Mônica Nunes, médica de formação e antropóloga, é uma das pioneiras do importante departamento, do grupo de Saúde Coletiva lá da Bahia, o Instituto de Saúde Coletiva, e coordena hoje o grupo de Saúde Mental da ABRASCO – entidade também com uma história linda, desnecessário registrar a importância da ABRASCO na história da política do SUS... em toda história da política da Saúde Coletiva.*

*Léo Pinho, que além da sua atuação histórica na Economia Solidária (pioneiro dessa área), presidente da Ecosol, parceiro fundamental do professor Paul Singer, de toda a história de uma economia solidária para segmentos vulnerados... e agora presidente da ABRASME, Com muita honra, satisfação, Fundador! Sou presidente de honra da ABRASME, e ver uma diretoria como essa, coordenada por Leo Pinho, Ana Paula, Rosângela (que vai estar amanhã conosco). E quero aproveitar para agradecer a parceria! O Fernando vai falar de todas as pessoas... Ana vai listar todas as pessoas que estão colaborando, apoiando: estagiários, voluntários... Sei que estamos chegando a 2.000 pessoas participando, assistindo pelo YouTube, acompanhando.*

*Quero agradecer o apoio fundamental, trabalho, profissionalismo da VideoSaúde Distribuidora, o apoio da Fiocruz nas traduções e na Libras – algo que nunca deixamos de fazer, há anos, desde o primeiro encontro que organizamos no Brasil, aqui no Brasil, com o nome: “Nada sobre nós sem nós”, que foi organizado pela Fiocruz.*

*E finalmente, quero falar da importância que estamos realizando um evento desse porte, dessa profundidade política e científica dentro da Fiocruz. É uma responsabilidade social, política, ética, científica inquestionável. Estamos vendo agora o papel da Fiocruz dentro desse contexto social. Então, esse registro meu é pra terminar: que toda essa discussão tem uma profunda preocupação com respeito ao conhecimento, à ciência, mas também uma crítica necessária quanto à ciência mal utilizada, para formular interesses privados e interesses de grupos de segmentos, e em prejuízo da população, e não em defesa da saúde.*

*Então, muito obrigado! Sejam bem-vindos, todos e todas! Teremos dois dias muito ricos de debate. À tarde, vou coordenar a mesa com o Peter Lehmann, ex-usuário, militante, sobrevivente da psiquiatria, liderança internacional reconhecida, e que hoje vai estar lançando o livro do qual eu e*

*Fernando somos dois dos prefaciadores, sobre a retirada das drogas psiquiátricas. Esse é um problema gravíssimo, que tem que ser enfrentado hoje! Não basta prescrever, tem que saber “desprescrever”, tem que saber retirar. Esse é um dos grandes problemas. Em algum momento, alguém tem que parar de tomar o medicamento e seguir com a vida. Muito obrigado! Fernando.*

FERNANDO FREITAS (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)<sup>7</sup>

*Olá, saudações! Ana, querida, colega de laboratório... A Ana Sandra, a Mônica, O Leo! Faz tempo que não te vejo, Leo. Tão bom te ver. Enfim, entidades da maior importância nacional e também internacional. Então, muito obrigado, porque isso reforça a nossa caminhada, essa nossa jornada.*

*O 5º Seminário, então, mostra que já temos 5 anos consecutivos trazendo aqui para o Brasil pesquisadores, pensadores internacionais e nacionais, com renome. Trazendo para nós a possibilidade da gente se constituir também com usuários, nossos também usuários internacionais. Já trouxemos várias lideranças nacionais e internacionais, não somente usuários, mas também ex-usuários – aquelas pessoas que passaram pela assistência, que muitas vezes sofreram bastante. Aliás, em geral, sofreram não pelo sofrimento psíquico em si, mas sofreram pela forma como foram tratadas. Então, temos o exemplo da Laura Delano (dos Estados Unidos), a Olga Ruschmann (da Dinamarca), que se consideram ex-usuárias e, mais ainda, como sobreviventes da psiquiatria. Conseguiram sobreviver apesar da internação em manicômio, em hospital psiquiátrico, apesar do diagnóstico, apesar do psicofármaco ou da droga psiquiátrica, de anos de uso, apesar das dificuldades em deixar de usar o antipsicótico, de deixar de usar antidepressivo (que é um inferno...), e conseguem agora passar para as pessoas, para seus pares e a sociedade, e muito particularmente para os cientistas, ensinando a*

---

<sup>7</sup> Psicólogo, mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC/RJ) e doutor em Psicologia pela Université Catholique de Louvain (UCL/Bélgica). Pesquisador titular do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS/ENSP/FIOCRUZ).

*nós (no caso, profissionais de saúde) como a gente deveria se comportar e como se relacionar com eles.*

*O Seminário vem trazendo isso há 5 anos. Então, Paulo e eu, agradecemos muito... com essa parceria com a Ana, com os colegas do LAPS, com o pessoal do suporte técnico, com a VideoSaúde etc. E a expectativa é a de que a gente faça um bom seminário. A expectativa agora é para a entrada da Joanna Moncrieff.*

ANA PAULA GULJOR (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Muito obrigada, Fernando. Agradeço muitíssimo a todos que participaram da mesa: Luciana, Leonardo, Luciana, Ana Sandra, Monica, Paulo, e Fernando (que vai continuar conosco para a próxima mesa). Nós vamos dar um intervalo de 10 minutos, e vamos continuar juntos esses dois dias para dar prosseguimento a este debate que a gente espera que seja bastante frutífero. Muito obrigada, até daqui a pouco!*

## Conferência de Abertura

O Passado e o futuro da psiquiatria e suas drogas

---

FERNANDO FREITAS (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Bom dia a todas e a todos! É com enorme prazer que eu estou aqui apresentando a nossa palestrante: a Dra. Joanna Moncrieff. Algumas palavras para que vocês saibam quem é a Dra. Joanna Moncrieff. Ela é professora de psiquiatria crítica e social no University College London e trabalha como psiquiatra consultora no North-East London Foundation. Desde os anos 90, a Dra. Joanna Moncrieff tem escrito sobre o uso excessivo e a deturpação de drogas psiquiátricas, e também tem pesquisado e escrito sobre a história política e filosofia da psiquiatria em geral. Atualmente, ela está na liderança de uma investigação financiada pelo governo britânico sobre a redução e interrupção do tratamento antipsicótico, chamado RADAR (Research into Antipsychotic Discontinuation and Reduction), e está colaborando para apoiar a interrupção do tratamento antidepressivo. Nos anos 90, a Dra. Joanna Moncrieff foi co-fundadora da rede de psiquiatria crítica. Ela é autora de numerosos artigos e livros, que incluem A Straight Training Introduction to Psychiatric Drugs (2013) – que já está na 2ª edição. Um outro livro muito interessante... pena que não está traduzido para o português, mas é esse aqui: The Myth of the Chemical Cure (2007). E há inúmeros artigos. Ela tem um blog, e não é difícil encontrar. Então, tendo sido apresentada, doutora Joanna, a palavra está com você!*

JOANNA MONCRIEFF (UNIVERSITY COLLEGE LONDON/REINO UNIDO)<sup>8</sup>

*Obrigada, Fernando! Obrigada por me receber. Eu vou compartilhar minha tela e vamos começar. Deixa eu achar aqui os meus slides. Vocês*

---

<sup>8</sup> Médica psiquiatra inglesa. Professora sênior na University College London. Pesquisadora e professora de Psiquiatria crítica e social. Uma das fundadoras e co-presidente da Critical Psychiatry Network. É autora de artigos científicos e livros, tais como: *The Bitterest Pills*, *The Myth of the Chemical Cure*, e *A Straight Training Introduction to Psychiatric Drugs*.

*podem ver os meus slides, sim? Ótimo! Obrigada por me convidar. Vou falar sobre o passado e o futuro da psiquiatria e suas drogas, baseada em um artigo que eu escrevi para a revista Atlas, que foi publicado em espanhol na Argentina e está disponível no site deles. No ano passado foi publicado em inglês também. Fernando mencionou os meus livros, todos são sobre drogas psiquiátricas. Eu vou resumir um pouco o que eu falo sobre elas. E eu quero falar sobre o que elas implicam na natureza da psiquiátrica, sobre como a psiquiatria deve ser no sistema de saúde em geral, e sobre o que tem que fazer de diferente no futuro.*

*O que eu disse nos meus escritos, algumas drogas psiquiátricas podem ser úteis em algumas situações, mas a gente não entende fundamentalmente o que elas fazem. Nesse mal entendido, isso aqui está essencialmente no centro: a ideia de que as drogas vão corrigir uma anormalidade biológica subjacente. Como John Davis disse em 1998: “um efeito normalizador”. Uma anormalidade subjacente às vezes é descrita como um desequilíbrio químico ou como circuito neural anormal... e muitas vezes não é especificado, mas é pressuposto. No meu trabalho, essa ideia é chamada modelo centrado na doença – modelo que diz que as drogas corrigem o estado cerebral anormal. E os efeitos terapêuticos vêm do efeito das drogas do mecanismo biológico (que produzem sintomas), baseado em como as drogas costumam funcionar na medicina. Não significa que as drogas tratam as causas subjacentes, mas simplesmente diz que elas trabalham nos mecanismos biológicos que produzem sintomas. Analgésicos como aspirina e paracetamol funcionam dessa forma.*

*Tem outro jeito de pensar nisso, em quando as drogas são prescritas para problemas mentais... É o chamado “modelo centrado na droga”. Eu o chamei assim para enfatizar que o foco é nas drogas ou substâncias que mudam o funcionamento normal do corpo, que criam o estado cerebral alterado, e que diz que quando as drogas têm consequências úteis, é resultado das mudanças que elas produzem nos processos normais biológicos que supõem os sintomas (como pensamentos não desejados, sentimentos, comportamentos). E um exemplo disso seria o efeito do álcool na ansiedade social, pois o álcool deixa as pessoas menos inibidas (que se supõem em pensamentos de ansiedade social – ajudando-as temporariamente, pelo menos). E também acerca dos opióides anestésicos, que trabalham na*

*condição da dor e mudam também o estado normal do cérebro. E uma das consequências mentais dessas mudanças são, por exemplo a indiferença mental (eles ainda sentem a dor, mas eles não ligam mais pra ela). E esse aspecto indica um modelo centrado na droga.*

*O modelo centrado na droga enfatiza o fato de que as drogas psiquiátricas são substâncias psicoativas. Elas mudam o estado normal do corpo e do cérebro. Essas mudanças são manifestadas em atividades mentais, como sensações, pensamentos e emoções, e também em mudanças comportamentais, e também em funções do corpo (nas funções físicas). Essas substâncias psicoativas podem produzir euforia, disforia, podem fazer as pessoas se sentirem bem ou mal... E essas substâncias psicoativas são vistas como substâncias recreativas que fazem você se sentir bem. Porém, as drogas podem alterar o cérebro sem fazer as pessoas se sentirem bem; pode causar alguns sentimentos não tão prazerosos como algumas drogas psiquiátricas fazem.*

*Uma coisa importante de perceber é que a gente conhece muito pouco acerca de como essas drogas psiquiátricas alteram o cérebro, e quanto tempo essas mudanças durariam. Olhem esta charge:*



**"I'm not sure what these are,  
but take them for a couple of weeks  
and let me know how you feel."**

*Esta charge quer dizer: "Não tenho certeza do que são, mas tome-as por algumas semanas e deixe-me saber como você se sente". Não sabemos de fato o que as drogas estão fazendo para as pessoas, como elas devem talvez*

*influenciar seus sentimentos, seus pensamentos... pois, esse modelo centrado na droga mostra que os efeitos das drogas não fornecem evidências de que os transtornos mentais são necessariamente um problema biológico ou médico.*

*As drogas afetam todos os comportamentos e estados mentais, não apenas aqueles que são classificados como sintomas de transtorno mental. E as evidências acerca das causas biológicas são fracas. Em relação à hipótese da dopamina e da esquizofrenia na psicose... a evidência mais forte é a de que o efeito, de acordo com esse modelo centrado na droga, não fornece evidência suficiente para chegar a tal conclusão. Por exemplo, estimulantes podem estimular psicoses não relacionadas à dopamina e, portanto, não suporta, não dá apoio à essa hipótese da dopamina. A evidência da teoria da serotonina na depressão é ainda mais fraca, pois todas essas áreas diferentes de pesquisa tentaram encontrar evidências de que as anormalidades da serotonina causam depressão, e ninguém achou nenhuma evidência convincente de que a atividade de serotonina é diferente nas pessoas que têm depressão em relação às pessoas que não têm.*

*A evidência mais forte acerca das diferenças biológicas nas pessoas que têm transtornos mentais diagnosticados é a evidência das diferenças da estrutura cerebral entre pessoas que foram diagnosticadas com esquizofrenia ou psicose e pessoas que não tiveram esse diagnóstico. Em geral, essa evidência mostra que as pessoas que têm esse diagnóstico têm cérebros menores e cavidade cerebrais maiores do que as pessoas que não têm. Mas, se tornou evidenciado que as drogas antipsicóticas podem causar redução do volume cerebral e, portanto, podem ser responsabilizadas por esses efeitos. Mas, ninguém foi capaz de mostrar que quando as drogas são retiradas os efeitos são continuados.*

*O que eu gostaria de sugerir é que transtornos mentais não são problemas cerebrais, mas são problemas sociais, comunitários. Um trabalho que eu achei muito importante é o trabalho do Jeff Coulter, filósofo e sociólogo que escreveu o livro *A construção social da mente* (1979). Ele aponta que o transtorno mental não é identificado com base em crenças não usuais ou sentimentos não desejados, mas sim quando alguém falha em se conformar aos padrões usuais de conduta social. Quando há critérios que classificam pessoas com deficiências ou disfunções, elas são diagnosticadas de alguma*

*forma. Às vezes isso acontece porque as pessoas têm alguma doença cerebral, que elas podem se comportar de forma atípica porque elas têm demência ou tumor cerebral. Mas, às vezes, nem uma doença pode ser encontrada que nos forneça explicação para esse comportamento e, portanto, parece que o transtorno mental é algo que a gente usa para nomear quando as pessoas não se comportam da forma como a gente espera ou quando não se conformam com as normas sociais. Então, procuramos explicações biológicas para tais comportamentos, como doenças.*

*Eu acho muito útil olharmos a origem do sistema de saúde moderno no Reino Unido para encontrar as fontes destes problemas, e todos os problemas que esse tipo de situação causou para a comunidade ao longo dos séculos. Vou começar com a Lei dos Pobres (Poor laws). Ela foi projetada para prestar assistência para aquelas pessoas que precisavam nos séculos XVI e XVII; e esse foi o início do fornecimento de provisão de bem-estar, tratamento, cuidado e controle dessas pessoas que estavam se comportando de forma a irritar ou preocupar outras pessoas. E o contexto foi a ocupação da terra, onde os camponeses foram expulsos de suas terras. E também os desmontes dos mosteiros e das igrejas católicas, pelas ações de Henrique VIII. Isso envolveu um tributo local chamado “a taxa do pobre”, e a distribuição desse dinheiro (do tributo) era supervisionada por pessoas apontadas pelas comunidades como “supervisores dos pobres” – que eram supervisionados, por sua vez, por magistrados locais (juízes de paz). Eles manejavam todo o dinheiro e comida que era coletada para que fosse dado a pessoas que tinham necessidades (os idosos, os doentes, os incapazes, todos eram elegíveis), e todos aqueles que foram afetados por situações de desastres naturais, como uma colheita ruim, por exemplo.*

*Havia uma distinção do pobre capaz e incapaz. O pobre capaz era colocado para trabalhar. Os oficiais locais forneciam esse suporte, esse recurso para o pobre em troca de trabalho. Então, eu acho que nós podemos entender que, para aqueles que têm transtornos mentais, o sistema da Lei dos Pobres forneceu duas funções: de cuidado e controle. Depois eu vou entrar em detalhes nisso. Mas, grande parte da assistência era fornecida na comunidade para as famílias que estavam tendo problemas financeiros, essencialmente, que não podiam se alimentar, não podiam se vestir porque alguns membros da*

*família estavam doentes ou sujeitos a transtornos mentais. E a assistência na comunidade era chamada de “Assistência Outdoor”. Exemplos: em 1668, o magistrado disse que uma mulher distraída, pobre, que havia arrancado seus próprios olhos, estava vagando e poderia ser um risco para suas crianças. Assim, ela deveria ser mantida por uma pessoa apontada pelos supervisores quando fosse encontrada. Ela vagava pela comunidade e era considerada um perigo para sua família. Em 1681, eles deram uma mesada semanal de 12 centavos de libra para um homem que reclamava que a sua esposa tinha um problema extraordinário chamado “destempero melancólico”, e ela estava em perigo de destruir a si mesma e não poderia ser deixada em casa sozinha com o filho pequeno do casal (criança que tinha cerca de um mês de idade), a não ser que ele contratasse alguém que tomasse conta da esposa dele. Ele não tinha dinheiro pra isso. Então, por isso, foi dado esse benefício pelos oficiais locais.*

*Quando a assistência comunitária não era oferecida, eles diziam que se a família e a comunidade não pudessem tomar conta de forma segura dessas pessoas que eram consideradas perigosas, então essas pessoas poderiam ser enviadas para prisões locais ou casas de correção, onde elas seriam trancadas até ficarem melhores. Os residentes locais tinham que pagar pela manutenção da pessoa na prisão. Então, havia um incentivo para que as pessoas saíssem dessas casas e voltassem para a comunidade.*

*Dois séculos depois, no século XVIII, a “Assistência Outdoor” foi substituída por uma “Assistência Indoor” – uma assistência em casas chamadas “workhouses” (casas de trabalho), projetadas para receber pessoas que precisavam de assistência. Eram basicamente prédios que davam moradia para pessoas pobres da comunidade e eram projetados para serem lugares não prazerosos, que as pessoas iriam apenas como último recurso. E as pessoas que entravam nessas casas de trabalho eram forçadas a fazerem trabalhos pesados para que pudessem se manter naquele local. Ao mesmo tempo em que as casas de trabalho surgiram, os primeiros asilos mentais apareceram, asilos em geral. Eles eram construídos pelo Estado e pela iniciativa privada, e eles foram projetados para pegar as pessoas que... membros, os pobres afetados por loucura ou insanidade. Os asilos públicos eram projetados para receber as pessoas das casas de trabalho. Pessoas que*

*não estavam bem mentalmente ou que não podiam trabalhar nas casas de trabalho eram colocadas nos asilos até que elas ficassem melhor. Esse é o famoso Retiro de York, que era usado pelos Quakers no final do século XVIII:*

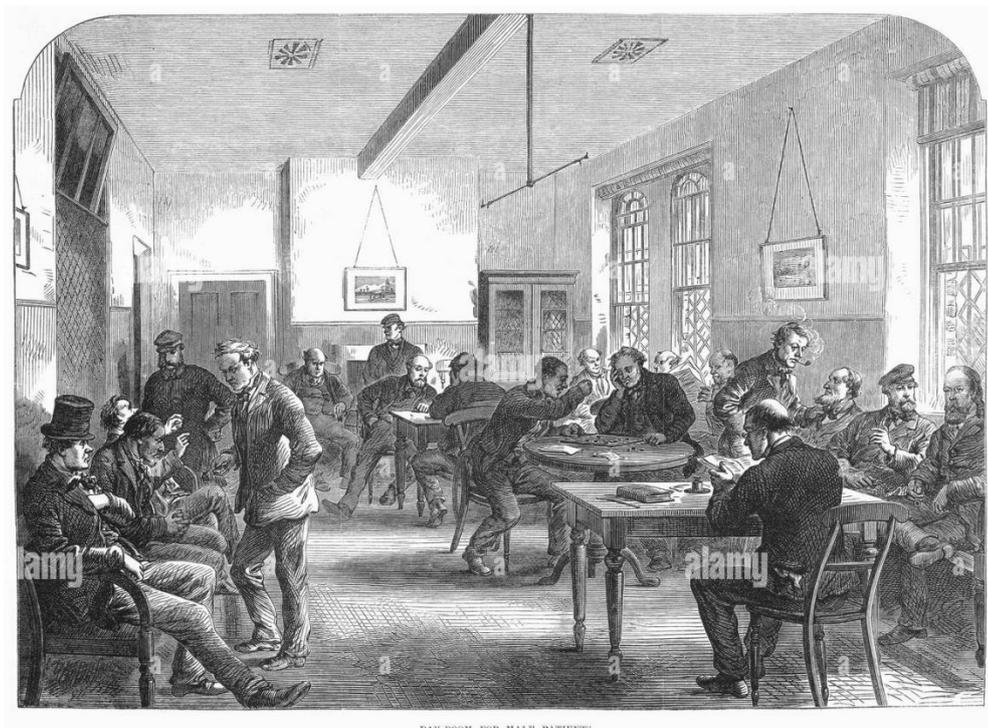


*Esse é o Victorian Asylum: um asilo público, construído por volta de 1900 (pelo menos a imagem é dessa época):*



*Eram projetados para serem lugares prazerosos que ajudavam as pessoas a se recuperarem de forma gentil, em ambiente um pouco mais saudável.*

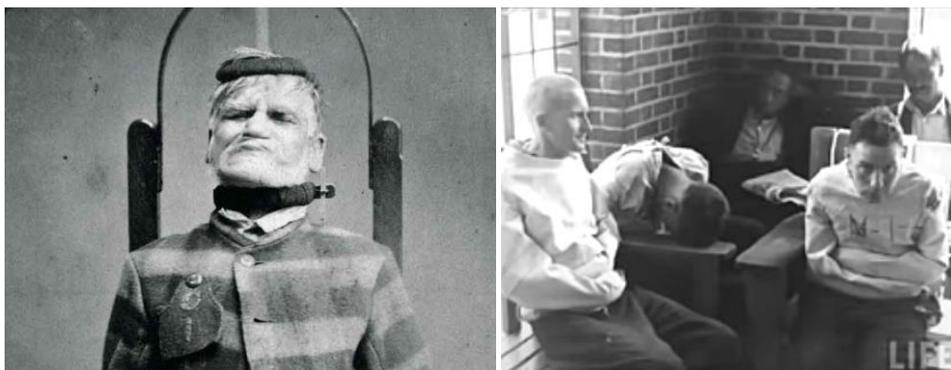
*Este é um Asilo em Broadmoor, 1867. Nesta imagem, você pode ver a sala de estar dos homens, mostrando os residentes e os pacientes envolvidos em atividades:*



*A próxima imagem é de um asilo de Bethlem. São mulheres fazendo bordado. E outras atividades recreativas eram organizadas, como bailes, danças. Não era sempre essa realidade... Algumas pessoas eram acorrentadas quando os asilos se tornavam cada vez mais cheios, ou quando as pessoas não se recuperavam da forma como imaginavam. Algumas pessoas estavam doentes fisicamente, idosas diagnosticadas talvez com demência ou algumas doenças cerebrais.*



*Abaixo, a imagem é de um mecanismo de contenção do asilo na Inglaterra e pessoas em camisa de força (que foram inventadas no século XVIII), respectivamente.*



*Então, basicamente, os asilos continuavam as funções duplas da Lei dos Pobres, de controle e cuidado. Eram projetados para ajudar as pessoas a se recuperarem (se elas pudessem), mas também eram desenhados e projetados para manter as pessoas consideradas um perigo para a comunidade trancadas e seguras. Eles providenciavam atendimento especializado para pessoas que eram muito disruptivas, ou que não eram capazes de ser gerenciadas na casa de trabalho.*

*Andrew Scull apontou um fato no livro *Most Solitary of Afflictions: Madness and Society in Britain, 1700-1900* (2005). Segundo ele, a separação entre as pessoas que poderiam ser forçadas a trabalhar e as que não poderiam, foi essencial para o desenvolvimento do capitalismo nos seus dias iniciais. Era importante produzir uma população que pudesse ser disciplinada em aceitar esse ritmo do capitalismo – diferente do que era feito nas comunidades locais. Esse é um ponto que Michel Foucault também ressalta: o papel da psiquiatria quando surge dentro dos asilos, quando a prática dos psiquiatras surge nos asilos... Onde uma estrutura médica era sobreposta de forma subjacente às funções políticas e sociais ou morais do sistema. Uma empresa sobreposta em cima dos mitos e do positivismo, a partir de tipos biológicos ou físicos, e como isso é traduzido no sistema de saúde mental moderno, como os sanatórios funcionam hoje em dia.*

*Boa parte do sistema de saúde mental ocorre dentro da comunidade, porém o argumento é que ele ainda preenche essas funções de cuidado e controle que podem remontar aos cenários das imagens que eu mostrei. Uma das pessoas que têm apontado esse ponto é o psiquiatra Thomas Szasz. Ele aponta como o modelo médico de transtornos mentais é estratégico, e o que ele quer dizer é que esse modelo serve a certas finalidades políticas. E ele descreve a psiquiatria como um sistema de controle e cuidado social de adultos dependentes, disfarçado como uma atividade médica.*

*Nenhum diagnóstico psiquiátrico é ou pode ser movido pela patologia. Ao invés disso, tais diagnósticos são movidos por fatores não médicos, como os econômicos, pessoais, legais, políticos e sociais. Então, falando sobre a função do cuidado no sistema de saúde mental, acho que temos que enxergar que o benefício do bem-estar, essa forma de enxergar como se estivesse atrelado ao bem-estar, é de fato um desenvolvimento da Lei dos Pobres, e o*

*sistema do bem-estar é uma forma de alocar o dinheiro público para pessoas que não estão capazes para trabalhar ou para viver em comunidade. E o que vemos ao longo das últimas décadas é que há um aumento crescente no número de pessoas que reivindicam alguma deficiência devido a transtornos mentais. Isso se contrasta com as tendências dos benefícios por outras deficiências nesse país, e assim como em outros lugares. Voltando às ideias de Szasz, o que ele sugere é que a ideia de um transtorno mental como uma condição médica, fornece a justificativa para alocação de suporte financeiro para as pessoas que estão incapacitadas de trabalhar devido a estarem em confusões mentais, ou depressão, ou algo do tipo. E isso se tornou um argumento cada vez mais competitivo e difícil, e ainda mais inseguro. Segundo ele, essa é uma das razões pelas quais o aumento do número de pessoas que reivindicam a deficiência devido a questões de saúde mental é perceptível. Isso se refere não somente a pessoas que buscam por benefícios, existe toda uma questão em longo prazo... São pessoas que buscam por benefícios por longos períodos de tempo. Então, o sistema de bem-estar financeiro deve ser visto como parte do sistema de cuidado das pessoas que têm problemas de saúde mental e é uma herança direta da Lei dos Pobres e desses mecanismos de cuidado das pessoas mental ou fisicamente adoecidas de alguma forma.*

*Boa parte do cuidado físico ou do cuidado pessoal, o número de leitos em hospitais psiquiátricos ou o número de hospitais, declinou severamente nas últimas décadas no Reino Unido e no mundo inteiro, em um processo que geralmente é chamado de desinstitucionalização, onde clínicas psiquiátricas têm sido fechadas. Temos agora instituições que atendem de forma mais comunitária. Isso não necessariamente quer dizer que as pessoas precisem de menos cuidado ou tenham se tornado mais autônomas.*

*Uma pesquisa mostra como, ao observar o que acontecia nos históricos de asilos locais em Wales de 1896 (ou seja, do final do século retrasado) até o final do século XXI (1996)... Verificou-se, de um modo geral, que as pessoas passam, senão mais tempo, o mesmo tempo em diversos tipos de instituições. Então, em 1896, o número médio por ano que alguém passava em uma clínica psiquiátrica, com base em cada um desses diagnósticos, seria metade do tempo daquilo que demandaria para serem admitidos em 1996. Pessoas dessa época passavam essa média de tempo; ou seja, eles já passavam a média de*

*um ano e meio, de acordo com os diferentes diagnósticos em 1996, em alguma forma de cuidado; e provavelmente passariam ainda mais tempo. Há muitos dados nesse país, eu acho que cada vez mais pessoas estão sendo enquadradas nesse quadro de saúde mental na Inglaterra, dos anos 80 até 2016. Não só as pessoas estão sendo comumente mais detidas em hospitais (com frequência em hospitais privados), o que mostra que esses cuidados hospitalares têm se derivado para o sistema privado.*

*Agora, com relação ao tratamento compulsório em comunidades, tanto na Inglaterra quanto em Wales, desde 2008 eles existem também em outras partes do mundo. E como podemos ver, a partir da introdução, eles aumentaram consideravelmente o número em mais de 5 mil pessoas. Thomas Szasz descrevia o que acontecia: o controle social disfarçado como tratamento médico. Ele apontou quão perigoso é retratar essa situação como uma situação médica, pois isso livra os provedores da necessidade de convencer-se de que não estão agindo pelos interesses dos pacientes. Se pudéssemos retratar alguma coisa, não seria necessário reconhecer que haveria uma forma de forçar as pessoas a fazer isso nos interesses das pessoas. Se as pessoas acham que estão agindo nos interesses de outras pessoas, não estão ponderando cuidadosamente sobre isso.*

*E com relação ao futuro, devemos considerar o transtorno mental como um sinal de mudanças, de modo a imaginar uma forma diferente de sistema de saúde mental. Precisamos conceber essa mudança a nível social, mas também, às vezes, a nível pessoal. Às vezes uma mudança pessoal também é necessária. A mudança pessoal pode ser consensuada, algo que o indivíduo queira por conta própria; porém também pode acontecer em situações individuais propriamente ditas.*

*Mudança social: acredito firmemente que se pudéssemos fornecer moradias decentes, empregos decentes ou renda decente, oportunidade de interação social e atividades que tragam sentido e significado, teríamos muito menos transtornos mentais do que temos. Conseguiremos nos livrar do vasto escopo de ansiedade, TDAH, transtornos obsessivos compulsivos – todos relacionados a uma vivência em estresse, uma vivência traumática, com situações de insegurança em algum nível. No mais, como eu disse, às vezes uma mudança pessoal também é necessária. E uma das funções do sistema*

de saúde mental pode ser ajudar as pessoas a mudar, se parecer de alguma valia para melhorar a vida dessas pessoas.

Historicamente, as pessoas têm buscado família e amigos para ajudá-los. Quando estão com problemas e em busca de mudanças, as pessoas buscam figuras religiosas, orientação religiosa para mudar seus padrões de comportamento, psicoterapia... Tudo isso, obviamente, são coisas que ajudam as pessoas a mudarem; e as drogas podem ser usadas para ajudar as pessoas a mudarem seus comportamentos – não necessariamente sugerindo que seja uma boa ideia, não com frequência. As pessoas têm utilizado substâncias psicoativas como alívio da miséria por milênios.

Gin Lane fala sobre quando as pessoas se mudavam para as cidades no século XVIII, quando houve uma epidemia de bebedeira (basicamente a partir do gim), e isso estava relacionado às condições que as pessoas viviam nessa época. Sob a influência de alguma coisa, uma droga para diminuir as sensações de sensibilidade, as pessoas talvez conseguissem lidar mais facilmente com as frustrações, e tolerar as relações improdutivas ou complicadas. E é por isso que a utilização de drogas psicoativas conseguia reduzir a dor emocional. E isso pode ser problemático. O ópio foi historicamente utilizado também por pessoas que lidavam com vidas muito complicadas. A cocaína também era muito utilizada para lidar com a depressão nervosa e com o mal-estar em geral. Temos, abaixo, uma propaganda do vinho Mariani, que era uma mistura com cocaína e foi endossado de forma oficial.

**MARIANI WINE**

MARIANI WINE Quickly Restores  
HEALTH, STRENGTH,  
ENERGY & VITALITY.

MARIANI WINE  
FORTIFIES, STRENGTHENS,  
STIMULATES & REFRESHES  
THE BODY & BRAIN.

HASTENS  
CONVALESCENCE  
especially after  
**INFLUENZA.**

His Holiness  
**THE POPE**  
writes that he has  
fully appreciated the  
beneficent effects of  
this Tonic Wine and  
has forwarded to Mr.  
Mariani as a token of  
his gratitude a gold  
medal bearing his au-  
gust effigy.

**MARIANI WINE**

is delivered free to all parts of the United Kingdom by WILCOX & CO.,  
83, Mortimer Street, London, W., price 4/- per Single Bottle, 22/6 half-  
dozen, 45/- dozen, and is sold by Chemists and Stores.

*E drogas psiquiátricas também reduzem a sensibilidade para lidar com os aspectos do meio, e com as questões complexas de outras pessoas.*

*Temos abaixo um anúncio sobre barbitúricos, mostrando uma dona de casa mais feliz com a sua vida:*

now  
she can  
cope...

thanks to

**Butisol**<sup>SODIUM</sup>  
(SODIUM BUTABARBITAL)

"daytime sedative" for  
everyday situational stress

When stress is situational—environmental pressure, worry over illness—the treatment often calls for an anxiety-relieving agent which has a prompt and predictable calming action and is remarkably well tolerated. Butisol Sodium (sodium butabarbital) meets this therapeutic need.

After 30 years of clinical use... still a first choice among many physicians for dependability and economy in mild to moderate anxiety.

Contraindications: Porphyria or sensitivity to barbiturates.

Precautions: Exercise caution in moderate to severe hepatic disease. Elderly or debilitated patients may react with marked excitement or depression.

Adverse Reactions: Drowsiness at daytime sedative dose levels, skin rashes, "hangover" and systemic disturbances are seldom seen.

Warning: May be habit forming.

Usual Adult Dosage: As a daytime sedative, 15 mg. (½ gr.) to 30 mg. (½ gr.) t.i.d. or q.i.d.

Available for daytime sedation: Tablets, 15 mg. (½ gr.), 30 mg. (½ gr.); Elixir, 30 mg. per 5 cc. (alcohol 7%).

BUTICAPM Capsules (Butisol Sodium) (sodium butabarbital) 15 mg. (½ gr.), 30 mg. (½ gr.).

**McNEIL**

McNeil Laboratories, Inc., Fort Washington, Pa.



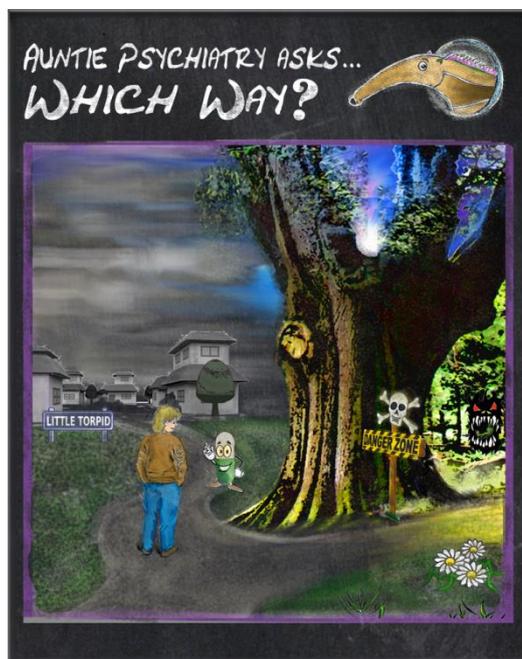
*Drogas mais modernas como antipsicóticos e antidepressivos também têm essa característica de obnubilar as emoções; e algumas delas são sedativos extremamente fortes.*

*Frases de pessoas que consumiram antipsicóticos, sobre como reagem, relatam que produzem letargia, indiferença... E as pessoas dizem coisas similares em relação a antidepressivos, que são extremamente sedativos. Quanto à fluoxetina, parece reduzir a intensidade das emoções das pessoas, pois elas descrevem sentimentos de indiferença ou uma certa platidão nas sensações, e algo também associado a insuficiências sexuais.*

*Essa obnubilação induzida por drogas é útil? Muitos experimentos mostram que as diferenças entre antidepressivos e placebos em termos de pontuações e escala de depressão é um coeficiente pequeno. Muitos estudos apontaram a mesma coisa: uma diferença mínima média, padronizada. Há uma*

diferença de dois pontos em uma escala pra depressão, e que se formos comparar a uma melhoria global, é algo sequer registrado como uma mudança. Seriam necessários oito pontos para denotar uma mudança de acordo com a escala, para demonstrar uma melhoria a posteriori. Além disso, há outras razões pelas quais certas pequenas diferenças possam ocorrer entre antidepressivos e placebos, tais como: efeitos que as pessoas nem sempre podem estar capacitadas para identificar. Em estudos naturalistas acontece que os antidepressivos têm resultados muito baixos. Um estudo foi conduzido nos Estados Unidos, utilizando antidepressivos que eram dados a pessoas em clínicas de padrão-ouro, de padrões de cuidado muito alto. Das quatro mil pessoas que participaram, mil e quinhentas delas inicialmente mostraram alguma melhoria, porém apenas cento e cinquenta, de fato, mantiveram essa melhoria para além de um ano e permaneceram no estudo. Todas as demais simplesmente tiveram reincidências.

E com relação ao antipsicótico, essa obnubilação induzida por drogas ajuda as pessoas em problemas mais particulares? Bom, eu diria que, às vezes, elas podem ajudar. Porém, é um custo muito alto, conforme o cartoon abaixo ilustra de forma muito esperta, o contraste entre os perigos coloridos e, às vezes, deveras ameaçadores em relação à normalidade do cérebro induzida por antipsicóticos (geralmente descrita como extremamente normal):



*Além disso, não necessariamente todas as pessoas precisam de antipsicóticos para se recuperar de um episódio de psicose, pois é sabido que muitas pessoas conseguem se recuperar sem medicação. Uma unidade da Noruega tem ajudado as pessoas que, após passarem por uma situação de psicose, desejam superá-la sem o auxílio de medicamentos.*

*Foi conduzido um estudo sobre a descontinuação e redução de antipsicóticos (o anteriormente referido estudo RADAR). A ideia do estudo era avaliar onde seria cabível um resultado considerável e que pudesse ajudar as pessoas a reduzir a utilização de medicamentos antipsicóticos. É importante considerar certos padrões na hora de pontuar. E o que os médicos clínicos podem fazer? Em relação ao uso dessas drogas, primeiramente, os clínicos e os assistentes sociais devem ajudar as pessoas a identificar formas alternativas de lidar com os problemas, que não envolvam o uso de drogas psiquiátricas porque, como eu disse no início, sabemos muito pouco sobre o que as drogas de fato causam ao cérebro e ao corpo, e quais seriam as consequências em longo prazo. O que sabemos, apesar da falta de informação, é que as drogas podem ter efeitos muito prejudiciais.*

*Se não houver alternativas disponíveis, o caminho é ajudar as pessoas a avaliarem os prós e os contras. Em relação à supressão de emoções, deve haver o reconhecimento do fato de que a evidência é um privilégio deveras limitado. E ainda mais importante, acho que é muito importante que os clínicos informem às pessoas que essa ideia de que transtornos mentais são causados por um desequilíbrio químico não é algo embasado por pesquisa ou evidência... Nem sequer é algo promovido por quaisquer características da psiquiatria padrão. O tratamento compulsório com drogas psiquiátricas basicamente força as pessoas a mudarem seus comportamentos através do uso de drogas sedativas que irão mudar seus comportamentos. Se aceitarmos essa explicação, então esse procedimento não pode ser justificado pela ideia de tratamento medicamentoso para incômodo subjacente.*

*Comumente, o medicamento é produzido para provocar mudanças mentais não necessariamente desejadas pelo paciente. Às vezes, o indivíduo pode sair do episódio de depressão ou psicose e ficar grato por ter sido tratado, mas nem sempre esse é o caso. O que eu sugiro que isso significa é que se fizermos isso (se utilizarmos essas drogas), esse deve ser o assunto de um*

*escrutínio. Isso deve ser feito democraticamente, envolvendo representantes de todas as partes e o devido processo legal. Não deve ser algo que basicamente sirva como um atalho para o tratamento médico, com base na crença de que esse tratamento seja algo bom. Penso que há uma possibilidade de mudança no sistema de saúde mental de modo a produzir um sistema que seja mais completo, que cumpra as funções do sistema de saúde mental de modo ainda mais transparente.*

*Primeira coisa, precisamos reconhecer quais as reais funções do sistema de saúde mental. Precisamos reconhecer que é um sistema de cuidado e controle de pessoas, cujos comportamentos não provêm de uma doença. Precisamos reconhecer que aquilo que chamamos de tratamento envolve ajudar as pessoas e, às vezes, forçar as pessoas a mudarem os seus comportamentos. Precisamos reconhecer que as condições sociais que podem ser mudadas, se houver vontade política para mudar, criam a maior parte dos problemas de saúde mental a que me referi anteriormente. E precisamos reconhecer que quando a mudança individual for útil, devemos ajudar as pessoas a mudarem de forma informada e consensual, sempre que possível. E reconhecer também que, se formos utilizar uma mudança forçada como forma de controle, isso deve ser algo adequadamente justificado e bastante debatido. Então, é isso, é o final de minha fala. Vou parar de compartilhar minha tela e estou aberta às perguntas.*

FERNANDO FREITAS (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Muito obrigado, grato pela sua brilhante apresentação. Eu acho que o que você nos traz é um conjunto de desafios. Acho importante lembrar que o que você nos traz é baseado em evidências científicas e isso é importantíssimo, nesse momento em que o negacionismo atravessa a sociedade de uma forma tão contundente. Então, agora, Joanna, eu teria muitas perguntas a fazer, mas eu sei que as pessoas querem ter essa oportunidade. Então, eu vou fazer algumas perguntas que chegaram a mim. Se sobrar tempo, eu também farei a minha. Mas, entrevistei você outro dia, nós já conversamos... enfim, teremos outras oportunidades.*

*Então privilegiando o que chegou, tem chegado. A primeira pergunta foi enviada pela senhora Livia: “Pessoas com segurança econômica também têm desordens mentais. Como nós podemos explicar esse fenômeno, se não for através do modelo biomédico?”.*

JOANNA MONCRIEFF (UNIVERSITY COLLEGE LONDON/REINO UNIDO)

*Boa pergunta! Excelente. As pessoas são diferentes, as pessoas respondem a coisas de formas diferentes. Elas têm diferentes vulnerabilidades, diferentes forças e fraquezas. E há pessoas que mesmo nas mais seguras situações e circunstâncias econômicas, ainda terão dificuldades com a vida. É simples assim. Não acho que haja nada mais complicado, e nenhuma explicação complicada sobre isso, nem necessidade dela. Em outro trabalho meu, eu conversei sobre isso. Eu usei uma frase que uma psiquiatra chamada Jenna falou. Ela estava falando sobre esquizofrenia... E esse jeito é ser humano, é só uma forma que as pessoas respondem ao mundo. E eu só acho que os problemas de saúde mental são parte das diferentes formas que as pessoas são. E para adicionar algo, se eu puder, eu acredito que as mudanças políticas e sociais fariam uma grande diferença e resolveria muitos problemas mentais. Mas, eu não estou sugerindo que eliminam todos os problemas de saúde mental. Seria utópico. Sempre haverá pessoas que sofrerão... É a natureza humana.*

FERNANDO FREITAS (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Ok. Obrigado, Joanna! Uma pergunta foi feita por Baldoíno Cunha: “Que implicações você vê entre desigualdades sociais e transtornos mentais?”.*

JOANNA MONCRIEFF (UNIVERSITY COLLEGE LONDON/REINO UNIDO)

*Desigualdades sociais são fontes de ansiedade, estresse, desmoralização. Você está constantemente preocupado com o fato de que*

*você não tem os mesmos recursos que as pessoas que aparecem na televisão; você não tem um carro legal... você talvez não tenha um carro. Então, eu acho que é uma fonte de ansiedade, desmoralização. As pessoas são afeitas a pensar que elas não estão performando tão bem... Elas se sentem mal acerca delas mesmas. Talvez as pessoas pensem que elas falharam de certa forma porque elas não conseguiram atingir a riqueza. A desigualdade social também leva as pessoas a alguns ambientes urbanos violentos, assustadores, para que elas sejam criadas e vivam. Isso talvez faça com que as pessoas fiquem psicóticas, paranoicas e também deprimidas. Então eu acho que existem diversas formas que a desigualdade social pode prejudicar ou minar as pessoas, a confiança, as habilidades das pessoas e fazê-las passar por esses momentos difíceis.*

FERNANDO FREITAS (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Obrigado. Outra pergunta. Essa foi feita pela Carla Gabriela Luz. A pergunta é a seguinte: “Anormalidades no cérebro induzidas por antipsicóticos: gostaria que você falasse melhor sobre isso. Sobre anormalidades no cérebro que são induzidas pelo uso de antipsicóticos”.*

JOANNA MONCRIEFF (UNIVERSITY COLLEGE LONDON/REINO UNIDO)

*Obrigada. Há uma história interessante... Um pouco chocante, também. O psiquiatra Peter Breggin – talvez alguns de vocês tenham ouvido falar sobre ele; é um psiquiatra americano. Desde a década de 1980, ele descobriu que o uso de antipsicóticos produz uma diminuição no cérebro. Eu falei: Uau! não pode ser verdade, isso. E várias pessoas pensaram que ele estava falando bobagem. Mas, ele falou isso baseado em evidências que iam desde 1950... Que pessoas diagnosticadas com esquizofrenia tinham cérebros menores e cavidades cerebrais maiores. E isso estava sendo demonstrado nas imagens... E isso por conta das drogas antipsicóticas e outras coisas que eram usadas na época. E a ideia era a de que as pessoas com esquizofrenia têm tipos*

*diferentes de cérebros. E essa interpretação ainda está aí, ainda rola. Algumas pessoas pensam que esse é o caso.*

*Na década de 1990, por exemplo, Jeffrey Lieberman (um proeminente psiquiatra americano) acompanhou várias pessoas com ressonância magnética e mostrou que o cérebro dos pacientes que tinham esquizofrenia estava se tornando progressivamente menor. E ele publicou isso declarando que era uma evidência de que a esquizofrenia era uma doença mental progressiva. Essa era a ideia na década de 1990. O que o Jeffrey descobriu nesses pacientes era a consequência do uso de antipsicóticos... não havia outra explicação. Ele mostrou que isso estava sendo causado pelo uso de drogas antipsicóticas. Isso foi finalmente resolvido em 2005, com a publicação desse estudo, que mostrou que alguns macacos a quem eram dados algumas injeções de Haloperidol em doses equivalentes as usadas nos pacientes, humanos, mostraram clara evidência de diminuição cerebral em relação aos outros macacos que receberam injeção de placebo. E os macacos não tinham esquizofrenia ou nenhuma anormalidade. Logo, a questão foi claramente atribuído ao uso de drogas antipsicóticas. Isso foi replicado em ratos também, que perderam volume cerebral.*

*Também foi mostrado que, se você rastrear o volume cerebral dos pacientes com esquizofrenia psicótica há uma razão entre a diminuição do volume cerebral e o uso de drogas antipsicóticas. Quanto mais se usa as drogas, mais o volume do cérebro reduz. A história desse primeiro estudo com os macacos foi irônica. Foi financiado por um laboratório, aparentemente porque eles queriam demonstrar que o medicamento diminuía a redução cerebral em relação ao Haloperidol. Eles queriam mostrar que a Olanzapina era melhor que o Haloperidol. Mas, o estudo demonstrou que ambos causavam... E acabou demonstrando que essa substância causava mais redução cerebral do que o Haloperidol.*

*Outra coisa a dizer sobre esse assunto, é que existe excelente evidência de que os antipsicóticos causam a redução cerebral. Tem uma evidência de que isso talvez diminua com a descontinuação do uso. Não há efeito na habilidade cognitiva. É possível que a gente consiga perder um pouco de volume cerebral sem ser afetado de forma significativa. Há estudos que indicam que sim, que há impacto; outros indicam que não. Então, talvez haja*

*uma pequena deterioração da capacidade cognitiva. Mas, é algo de que a gente precisa estar ciente. Eu acho que as drogas antipsicóticas podem ser úteis para algumas pessoas em algumas situações, mas a gente precisa ser muito cuidadoso no uso, e ter certeza de que as pessoas não estão sendo danificadas, ou que estão causando danos a essas pessoas com o uso das medicações. Obrigada. Alguma outra pergunta?*

FERNANDO FREITAS (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Sim, sim! Olha, Joanna, por favor, tem muitas... Claro que não podemos fazer todas. As pessoas vão ficar decepcionadas, mas não há tempo. Eu também gostaria de fazer comentários, mas eu estou fechando a minha boca para apenas transmitir. Então, essa pergunta foi feita pela colega Mônica Nunes, que participou da abertura do nosso seminário, representando a ABRASCO. Ela é médica e psiquiatra. É um pouco longa, eu vou tentar falar lentamente para a tradução: “O uso de drogas psiquiátricas (ficou claro na apresentação) que tem múltiplas funções. Eu penso em uma que dá materialidade a bio-socialidades, ou seja, identidades que constroem laços, e que trazem também benefícios sociais. Ou seja, o uso simbólico das drogas na vida das pessoas ganhou uma importância. Isso tem sido visto nos seus estudos, Joanna? Tem se buscado transformar essas identidades baseadas nos diagnósticos e materializadas pelo uso de drogas psiquiátricas?”.*

JOANNA MONCRIEFF (UNIVERSITY COLLEGE LONDON/REINO UNIDO)

*É uma excelente pergunta, obrigada! Muito bom o ponto. A natureza simbólica das drogas é muito importante. Eu escrevi sobre isso, mas não dei atenção a isso... Mas, eu penso que é muito importante. E a conexão entre as drogas, o diagnóstico e a identidade das doenças... Quando alguém vai ao médico e é diagnosticado com depressão, por exemplo, a prescrição física da droga... Quando as pílulas chegam ao paciente, simboliza que as pessoas têm uma doença de fato, que elas estão doentes. E com essa ideia, vem o sentimento de que eles precisam ser cuidados, precisam de tratamento, e eles*

*não deveriam ser culpados por essa situação. E algumas coisas são boas, podem ajudar as pessoas... Mas, também simboliza que há algo diferente; também simboliza que você não tem controle da situação, que há algo acontecendo com seu corpo que você não tem controle. E isso pode ser realmente danoso. Isso pode trazer essa ideia, essa identidade de você estar doente, de que você não consegue controlar seus sentimentos, de que você precisa tomar drogas para resolver isso. Isso pode ser bem danoso para as pessoas.*

*Às vezes, eu acho que as drogas podem ser úteis, e ajudar as pessoas a conseguirem esse controle... mas, a mensagem que as pessoas recebem é que elas estão danificadas. Isso pode contribuir para que as pessoas desenvolvam uma doença crônica, que talvez elas não viriam a ter de outro modo. Então, espero que eu tenha respondido a sua pergunta. Espero que eu tenha conseguido atingir o significado da pergunta. É um ponto realmente importante. E eu acho que, como clínicos, a gente não pode subestimar a importância simbólica do que a gente faz, especialmente relativo às drogas. Os nomes, as linguagens que a gente usa pra escrever as coisas. Tudo isso está no simbólico, que envolve como as pessoas se entendem a si mesmas, como elas se relacionam com as outras pessoas. E a gente precisa estar ciente disso.*

FERNANDO FREITAS (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Joanna... São muitas perguntas! Então, aviso às pessoas que vai ser impossível. Vai ter frustração, com certeza para muita gente. A Juliana de Alencar faz a seguinte pergunta: “Tem estudos com antipsicóticos dessa nova geração? Eles continuam causando essa diminuição no cérebro?”*

JOANNA MONCRIEFF (UNIVERSITY COLLEGE LONDON/REINO UNIDO)

*Sim, muitos desses estudos estão tomando os novos antipsicóticos; não são estudos antigos. Esses dados estão vindo o tempo todo, e cada vez mais. Então, eu diria sim: isso também se aplica às novas drogas como um todo. Eu*

*não sei se isso se aplica a todos os novos antipsicóticos... Talvez uns sejam um pouco melhor do que outros nesse quesito, mas a gente não sabe especificar porque são todos analisados como um conjunto. Mas, com certeza isso se aplica aos novos antipsicóticos, também.*

FERNANDO FREITAS (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Obrigado. Pergunta da Lidiane Alexandre Galvão: “Quais seriam as alternativas para não usar a medicação psiquiátrica, considerando casos como depressão, transtornos ansiosos, TOC, Transtorno obsessivo-compulsivo, entre outros? Que alternativas à prescrição psiquiátrica, em suma?”.*

JOANNA MONCRIEFF (UNIVERSITY COLLEGE LONDON/REINO UNIDO)

*Vamos lá, boa pergunta! Bem, alternativas às drogas. A primeira coisa importante é a gente saber sobre a estrutura. Ver essas situações como transtornos, doenças de forma imediata, é uma forma errônea de enxergar. Porque cada pessoa com depressão, cada pessoa com ansiedade, tem um conjunto de problemas completamente diferentes umas das outras. A gente precisa ajudar as pessoas a lidar com seus problemas individuais. As pessoas estão deprimidas por diferentes razões. Portanto, elas precisam de diferentes formas de ajuda para lidar com as coisas que estão tornando elas deprimidas e ansiosas. Então, eu realmente acho que precisamos de um serviço que seja mais social para ajudar as pessoas a aprender a lidar com as coisas nas suas vidas, coisas que não estão indo ainda tão bem, coisas que estão tornando essas pessoas deprimidas.*

*Algumas vezes a terapia pode ajudar a identificar isso. Talvez elas precisem de terapia específica para ajuda-las a lidar com uma situação em específico. Eu não acho que a terapia seja uma resposta para todos, também. Eu acho que a gente tem que lidar com essas questões como problemas, como espectro amplo de problemas. E lidar com cada problema individual da forma como ele se apresenta ao invés de rotular como um transtorno em geral. Espero que isso tenha feito sentido pra vocês.*

FERNANDO FREITAS (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Obrigado. Joanna, uma pergunta feita pela Lúlia Pedigone... Resumindo: "Por que essas evidências (por exemplo, a redução do tamanho do cérebro) não chegam aos psiquiatras em geral? Por que os psiquiatras não têm essa informação?"*

JOANNA MONCRIEFF (UNIVERSITY COLLEGE LONDON/REINO UNIDO)

*É uma boa pergunta! O estudo com os animais que confirmou isso foi publicado 2005. A não ser que você seja alguém como eu, que fica pesquisando nos detalhes... isso não se tornou público. Ninguém realmente falou a respeito. Em 2011, Nancy C. Andreasen (editora do American Journal of Psychiatry) publicou um estudo que mostrava haver uma correlação com a dose do antipsicótico e o volume da redução. Isso teve um pouquinho mais de popularidade. Então, seguindo a literatura de forma um pouco mais próxima, foi publicado num jornal famoso; e outros artigos foram publicados, em alguns jornais periódicos famosos. Mas, você tá certa: não chegou nas apostilas, não chegou nos livros didáticos. As pessoas estão ganhando consciência disso, mas não a maioria delas, provavelmente. Eu acho que é porque é muito difícil para os psiquiatras admitirem que os tratamentos que eles prescrevem são danosos e perigosos.*

*Eu acho que há uma tendência entre os médicos, em geral, de acreditar que suas intenções são benéficas e seguras e não causam danos às pessoas. Então, é difícil quando as evidências mostram o contrário. Então, eu acho que essa é uma razão de porque está demorando tanto para se popularizar essa ideia. Eu acho que a comunidade psiquiatra está relutante em admitir que esses dados sejam reais, porque minam dados fortes que sugerem que a esquizofrenia e as psicoses são doenças cerebrais. E essas evidências fortes sempre mostraram que o cérebro está menor, a cavidade cerebral está maior... A maioria desses problemas é causada por drogas antipsicóticas. Então, os psiquiatras não gostam de falar muito sobre isso. Mas, é problemático, porque os pacientes precisam saber disso. E é algo que... se alguém está pensando em tomar alguma dessas drogas, tem que tomar muito cuidado. Ou, pelo*

*menos, ser apresentado aos prós e aos contras dessa situação. Acho que é uma forma de mostrar como os interesses profissionais moldam o nosso conhecimento no conhecimento que é aceito.*

FERNANDO FREITAS (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Obrigado. Eu vou juntar duas perguntas: uma foi feita por Marvin Douglas e a outra por Fernanda Lessa. Mas, são complementares: “Fala-se muito em tratamento e cura. No entanto, o que realmente merece ser tratado e curado? As práticas integrativas (essas práticas integrativas, que fazem parte da Atenção Primária à Saúde, em geral) não ajudariam a superar o uso da medicação psiquiátrica?”. É isso.*

JOANNA MONCRIEFF (UNIVERSITY COLLEGE LONDON/REINO UNIDO)

*Ok. Gostaria que você me explicasse isso depois. A questão seria o que merece ou o que deveria ser considerado uma condição médica? Ou o que merece ser vislumbrado como saúde?*

FERNANDO FREITAS (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Muita boa pergunta! Joanna... É muito boa sua pergunta. Eu acho que é importante isso. Você falou algo a respeito na entrevista que você me deu, na entrevista passada... O que deve ser tratado do ponto de vista médico e aquilo que não é da ordem médica e, portanto, deve ser tratado por formas distintas da medicina tradicional, ou modelo biomédico... eu acho que é isso.*

JOANNA MONCRIEFF (UNIVERSITY COLLEGE LONDON/REINO UNIDO)

*É um ponto muito bom! Eu acho que uma das razões pelas quais queremos medicalizar problemas de saúde mental (considerando-os como condições médicas), é porque isso fornece uma justificativa simples para o cuidado e tratamento. Se você disser que não são condições médicas, não*

*teremos outro nome para elas tampouco. É apenas um jeito como as pessoas são... e isso torna ainda mais difícil de justificar de forma potencial, de justificar o cuidado de saúde. Acho que essa é uma das principais razões pelas quais temos incrementado com a parte médica. Isso torna tudo mais simples, se não o fizermos (e talvez seja o cerne da questão), decidir quem merece cuidado e tratamento, demanda uma atitude política e social. E nisso, teria ajudado remontar à história e repensar a Lei dos Pobres, que foi um ponto que eu trouxe na minha apresentação. O que aconteceria com essas pessoas com problemas, que fossem até os oficiais responsáveis pela Lei dos Pobres, relatando comportamentos estranhos ou dificuldades de interagir no trabalho ou no meio social... E os oficiais da Lei dos Pobres decidiriam, ali, se esse caso era genuíno ou merecia atenção... E seriam eles os responsáveis por responder por essas pessoas da comunidade, pois existe essa questão financeira aí. Há um processo democrático por trás disso. E acho que devemos pensar em outros processos democráticos para decidir e acordar quando e como as pessoas merecem, e quando precisam de ajuda, pois os recursos são finitos.*

*Não dá pra cuidar de todas as pessoas de uma vez, devemos tomar decisões... Porém, melhor seria que essas decisões fossem tomadas de forma explícita e transparente, assim como o processo por trás delas, o processo democrático no qual as pessoas que decidem respondem a um sistema democrático ao invés de, no momento, alocar recursos de acordo com o diagnóstico. Pode haver uma pessoa morando ao lado, com deficiências e problemas, e outras que não sentem que seus problemas sejam de tal forma, porém precisam, assim como as pessoas que têm deficiências, da mesma ajuda.*

*Foi uma pergunta muito boa, acho que ela vai ao cerne da questão: por que considerar problemas mentais problemas médicos, e por que temos essa perspectiva? Mas, cem anos não é desde sempre? Mais de cento e cinquenta anos, de fato. E acho que em parte é porque são pessoas complicadas; quando auxiliá-las e quando não auxiliá-las? Isso não é algo simples. A gente acaba empurrando a responsabilidade para os especialistas, os médicos, os psicoterapeutas, para que tragam o diagnóstico. Eu gostaria que me explicassem mais sobre essas práticas integradas. Talvez tenha a ver com*

*uma espécie de ajuda não-médica, porém ligada ao sistema médico de alguma forma. Seria isso?*

FERNANDO FREITAS (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Não necessariamente. São práticas não convencionais, não ortodoxas. Por exemplo, a cultura brasileira, a cultura indígena, cultura afro, religiosa. A prática pode ser de esporte, há práticas de arte, cultura, escalar montanhas, nadar, yoga... Enfim, um conjunto de práticas. Acupuntura, mindfulness (que não são práticas convencionais, mas são usadas na Atenção Primária como complemento para ajudar alguém que está com diabetes, ou com alguma outra doença), enfim. Mas, no caso da saúde mental, isso pode ser mais usado como substituto, como alternativa à medicalização propriamente dita. A ideia é essa. São muitas experiências. Particularmente aqui no Brasil, essa cultura é muito variada, diversificada. Tivemos várias influências europeias, africanas... É um país multicultural. E o modelo médico é hegemônico, procura eliminar o resto como: “isso não é médico, isso não é da saúde”. Imagina arte não ser da saúde! Arte é arte. Enfim, falei muito.*

JOANNA MONCRIEFF (UNIVERSITY COLLEGE LONDON/REINO UNIDO)

*Obrigada. Para aqueles que não leram, eu gostaria de recomendar o livro de um jornalista chamado Ethan Watters, que se chama Crazy Like Us: The Globalization of the American Psyche (2011). Ele fala sobre como a saúde mental é ligada a diversos países. Tem a descrição de uma jovem mulher que foi diagnosticada com psicose e esquizofrenia numa comunidade no leste da África. E esse livro mostra o quão integrada ela estava com sua comunidade, quão saudável isso é para ela. Embora ela tenha períodos em que se sintam muito bem, nos quais ela está apta a exercer papéis na sua família e comunidade, e é aceita... Se sente aceita na comunidade, participa de rituais religiosos – os quais trazem algum alento para ela quando não está muito bem, trazendo aceitação e compreensão. Assim, acho que qualquer coisa que ajude*

*as pessoas em seus problemas de saúde mental a exercerem um papel e se integrarem, é muito útil.*

*Isso também lembra a pesquisa feita pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que fala sobre dados em países de alta renda em comparação aos de baixa renda. Pensava-se que isso pudesse refletir no fato de que, nos países de baixa renda, pessoas com problema de saúde mental estariam aptas a estarem mais integradas com suas comunidades, ao passo que em países de alta renda, é muito difícil ter um trabalho ou participar junto a suas comunidades. Talvez isso tenha a ver com medicação... Acho que abordagens culturais podem nos ensinar muito sobre a importância de tentar integrar as pessoas.*

*Outra coisa que foi mencionada sobre o uso de atividades não medicinais para problemas de saúde mental (como natação, exercícios, mindfulness)... Sim, esse é um ponto muito bom! Até certo ponto, acontece no Reino Unido. Temos algo como prescrição social a partir de clínicos médicos que conseguem garantir gratuidade para que pessoas consigam frequentar academias de ginástica. E isso é muito bom! Mas, ainda acho que precisamos excluir a saúde mental de um contexto médico. Não quer dizer que algumas coisas não possam ser feitas – porque acho que as drogas podem ser de alguma valia, alguma ajuda... Podem ajudar na terapia, na psicoterapia e coisas do tipo – porém, acho que é importante ter uma estrutura não médica de abordagem dos problemas de saúde mental, ao invés de enxergar condições ou ver pessoas com problemas e tentar ajuda-las.*

*E, se um dos problemas for a solidão (um grande problema numa área que eu trabalho)... Boa parte dos meus pacientes está isolada, não tem muito contato social; então, a solução para isso é encontrar formas de ajudar as pessoas a terem conexões com outras pessoas, e o exercício de atividades sociais. Nas últimas décadas, vimos que as atividades sociais foram fechadas. Não há clubes da juventude na área que eu vivo, por exemplo. Então, isso dificulta combater coisas desse tipo, que levam a sintomas diagnosticados como depressão e ansiedade.*

FERNANDO FREITAS (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Obrigado, Joanna! Quero lembrar esse livro do Johann Hari, um jornalista que trabalhou na BBC... E até tem uma recomendação da Hillary Clinton, do Elton John... Porque é justamente sobre a perda das conexões, a perda dos valores (que tem um sentido...), a perda do contato, dos traumas infantis que teve, a perda da conexão com outras pessoas, a desconexão com a natureza... É uma pena que não temos em português, mas vale à pena buscar.*

*Uma pergunta que fizeram... E já estamos terminando, gente... Até pela hora, a professora deve tá cansada... Mas, estou procurando aqui algo que achei importante... Marcos Di Napoli: “Eu sou TDAH, tenho Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; e comorbidade: Transtorno do Espectro Autista leve. Não sou pobre, mas se ficar sem medicação, não consigo produzir. Eu faço cursos no mundo todo, além da faculdade”. Então, é uma pessoa de classe média, classe média alta, não sei... Continuando: “O que a doutora me poderia falar sobre isso?”.*

JOANNA MONCRIEFF (UNIVERSITY COLLEGE LONDON/REINO UNIDO)

*O tratamento com drogas para TDAH é a partir de drogas estimulantes – o que presumo ser o que você está tomando. E drogas estimulantes, em doses baixas, ajudam as pessoas a terem foco, a não se sentirem tão estranhas... E doses mais altas podem deixar as pessoas hiperativas... Enquanto baixas doses deixam as pessoas mais calmas. Então, como deve estar sendo útil em relação à concentração e ao foco, elas tendem a ajudar as pessoas a focar em tarefas chatas, enfadonhas, que não queiram fazer. E um experimento mostra isso: que reduzem o foco de coisas em volta que tirariam sua atenção. Imagino que os estimulantes possam ser úteis. Testes controlados mostram que podem ser mais ou menos similares ao placebo. Atuam de forma interessante junto aos antidepressivos, mas não de forma tão agressiva. O efeito farmacológico não é imune, e a terapia também pode ser útil para que as pessoas lidem com fatores de distração. O que alguns dizem é que o uso de estimulantes ajudou essas pessoas a compreender formas de gerir os sintomas sem tomar essas*

*drogas; ou seja, conseguiram parar de usar essas drogas usando técnicas que elas aprenderam. Ou seja, o uso dessas drogas enquanto algo paliativo, temporário, de forma a encorajar a aplicação de novas técnicas, pode ser algo útil. Mas, talvez isso não seja possível para todos. Talvez algumas pessoas precisem desse medicamento por um longo prazo.*

FERNANDO FREITAS (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Bom, estamos chegando praticamente ao fim, Joanna, mas eu vou ler um comentário enviado pela colega Ana Paula Guljor, psiquiatra, portanto sua colega de profissão. E o comentário dela reforça (ou esclarece), o que são práticas integrativas, que você perguntou. Então, vou ler: “Práticas integrativas são aquelas que utilizam outras formas de potencializar a existência do sujeito, transformar seu modo de viver a vida e buscar práticas que ajudem o sujeito em sofrimento a compreender este sofrimento, e lidar com as adversidades. Existe oficialmente, há décadas, uma política no Brasil que orienta as práticas integrativas no nosso Sistema Único de Saúde”. Então, acho que é importante ressaltar que já existe isso como política que deve ser reforçada. Não sei se o colega Paulo Amarante está aí, se gostaria de fazer alguma pergunta. Se não, da minha parte eu agradeço bastante a sua palestra, pra variar, muito boa, excelente! Que a gente tenha outras oportunidades. Muito obrigado a você, a quem está dando suporte técnico. E as suas palavras finais.*

JOANNA MONCRIEFF (UNIVERSITY COLLEGE LONDON/REINO UNIDO)

*Obrigada a todos, e obrigada pela explicação sobre as práticas integrativas, pois acho que isso soma muito à profissão de saúde mental de uma forma muito legal, pois ajuda as pessoas a lidar com adversidades e superar o sofrimento, é o que tentamos fazer da forma menos danosa possível... Muitas vezes sem usar drogas, embora frequentemente possam ser necessárias. Então sim, muito obrigada!*

FERNANDO FREITAS (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Muito obrigada a você, e a todas e todos que estão nos acompanhando. Lembrando que às duas da tarde teremos uma mesa com Peter Lehmann e outros colegas aqui do Brasil. E um pouco antes, vocês vão ter a oportunidade de escutar algo musical, uma surpresa. Então muito obrigado, bom almoço, e Joanna, muito obrigado a você. Tchau!*

## Apresentação do grupo musical Harmonia Enlouquece

---



Foto: Grupo Harmonia Enlouquece, apresentando a música “Sufoco da Vida” (virtualmente, ao vivo). O grupo é formado por pacientes e funcionários do Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro (CPRJ). A foto foi extraída a partir de captura de tela do vídeo do evento.

**Música:** Sufoco da Vida

**Composição:** Alexandre Machado / Hamilton Assunção.

**Membros da banda:** Vocalista: Hamilton Assunção | Back Vocal: Telma, Graça, João Batista e Raquel | Percussão: Geiza Carvalho e Alfredo | Violão base: Francisco Sayão (Kico) | Violão solo: Sidnei Dantas | Baixo: Ricardo Conde.

**Letra:** Estou vivendo | No mundo do hospital | Tomando remédios de psiquiatria mental | Estou vivendo | No mundo do hospital | Tomando remédios de psiquiatria mental | Haldol, Diazepam | Rohypnol, Prometazina | Meu médico não sabe | Como me tornar | Um cara normal | Me amarram, me aplicam | Me

sufocam | Num quarto trancado | Socorro | Sou um cara normal | Asfixiado |  
Minha mãe, meu irmão | Minha tia, e companhia | Me encheram de drogas | De  
levomepromazina | Ai, ai, ai | Que sufoco da vida | Sufoco louco | Tô cansado  
de tanta Levomepromazina | Ai, ai, ai | Que sufoco da vida | Sufoco louco | Tô  
cansado de tanta Levomepromazina.

## Mesa Redonda

Violações informais dos direitos humanos psiquiátricos: violência psiquiátrica através de desinformação deliberada sobre os riscos de dependência de drogas psicotrópicas e privação de apoio na descontinuação de drogas psicotrópicas.

---

PAULO AMARANTE (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Olá, boa tarde! Com muita alegria e satisfação, estamos começando o segundo período desse quinto Seminário Internacional sobre a epidemia de drogas psiquiátricas. Eu sou Amarante, sou da comissão organizadora, professor e pesquisador sênior da Fiocruz. Estamos nesse seminário desde a sua primeira versão em 2017 e quero dar boas vindas à mesa de hoje, que vai discutir as violações informais dos direitos humanos psiquiátricos, a violência psiquiátrica através da desinformação deliberada sobre os riscos de dependência de drogas psicotrópicas e privação de apoio na descontinuação das mesmas.*

*Começamos provocando nossa sensibilidade, ouvindo uma música do grupo Harmonia Enlouquece – que é formado por usuários e ex-usuários dos serviços de saúde mental, profissionais e pessoas de várias formas envolvidas, ativistas pela reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial. A música, como vocês viram, tem tudo a ver com a questão dos medicamentos. Ela fala: “Estou vivendo no mundo do hospital, tomando remédio de psiquiatria mental. Aldol, Diazepam, Rohypnol, Prometazina..., e o médico não sabe como me tornar um cara normal. Me amarram, me aplicam, me sufocam no quarto trancado. Socorro! Sou um cara normal asfixiado”. Então, é uma música muito importante no movimento antimanicomial.*

*Quero agradecer e fazer minha autodescrição, rapidamente: sou um homem branco de cabelo entre claro, castanho e grisalho. Estou aqui sentado, com uma camisa azul, na frente de uns quadros muitos bonitos da Ilha de Paquetá meu uma parede branca. Uso óculos... E é uma satisfação muito grande estar aqui com vocês neste momento. Para este debate, decidimos assim: primeiro, a honra e satisfação de contar pela primeira vez com a*

*participação de um autor e ator de todo esse processo: Peter Lehmann. Ele é alemão, pedagogo, autor, jornalista, editor, médico e ativista dos movimentos de defesa dos Direitos Humanos. É um dos fundadores de muitos dos movimentos sobre os direitos da rede europeia de usuários e ex-usuários sobreviventes da psiquiatria. Várias redes e movimentos... Eu ficaria horas falando do currículo e da importância do Peter. Eu, particularmente, traduzi um texto dele, "Alternativas à Psiquiatria", Há muitos anos, e fiquei impactado com a importância do texto. Traduzi para o português, para os cursos no Brasil, e traduzi para o espanhol, para a Espanha e outros países de língua espanhola, Pela importância desse trabalho. Agora é com muita satisfação que hoje o Peter está lançando também um livro sobre a retirada das drogas psiquiátricas, psicoativas e psicotrópicas, que é um dos temas muito importantes. Livro este que nós temos a honra, eu e o Fernando, de sermos autores do texto de apresentação. É melhor ouvirmos dele do que eu ficar falando do currículo e a importância.*

*Mas, também, vamos contar nesse debate com três potentíssimas mulheres, mulheres fortíssimas, potentes, lutadoras. Todas elas defensoras dos Direitos Humanos, ativistas do movimento de luta antimanicomial e Reforma Psiquiátrica: Helisleide Bonfim, presidente da AMEA e do grupo de teatro Os Insênicos, ativista dos Direitos Humanos, da rede de núcleos dos Direitos Humanos; ganhou o prêmio de teatro de Atriz Revelação em 2019. É uma pessoa queridíssima, importantíssima, uma atriz e militante de primeira linha. Da mesma forma, Rosângela Santos, querida participante do movimento no norte do Pará, defesa da Amazônia, luta antimanicomial, defesa dos Direitos Humanos, membro da diretoria da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME). É com muita alegria, para a gente, que ela está aqui participando, e participando da ABRASME. Pessoa que tem um significado de representação muito grande para toda essa luta. E finalmente, Eroy Aparecida da Silva, também minha querida amiga, professora da Unifesp, psicoterapeuta, consultora, trabalhou comigo num dos programas mais importantes da minha vida, que foi o Rede Sampa. É especialista na área de álcool e outras drogas; também é uma ativista do movimento de Direitos Humanos em São Paulo, trabalha com populações em condições de rua. São pessoas muito importantes que eu queria que estivessem conosco para abrir a apresentação do Peter e*

*depois ver como repercutir o sentido político dessas questões aqui no Brasil, no momento em que nós estivermos. Então, primeiramente, desculpe a demora, tivemos um problema de contato de fuso-horário. O chat está aberto para as contribuições e vou passar a palavra, então, para o Peter. Peter, por favor!*

PETER LEHMANN (LIDERANÇA - MOVIMENTOS SOCIAIS/ALEMANHA)<sup>9</sup>

*Obrigado pelo convite! Eu me sinto honrado. Desculpem-me pelo problema do fuso-horário. Desculpem pelo atraso.*

*Em muitos países, há essa discussão sobre a violação dos direitos humanos por conta da administração de eletrochoques, contenção, isolamento... O diagnóstico de psicose também é criticado. Há pouca discussão sobre o tratamento realizado sem ameaça e coerção, e sem uso da força, ou sem consentimento informado... Ou seja, sem informações sobre os efeitos indesejáveis, também chamados de efeitos colaterais da aplicação, e sem informações acerca de alternativas. Não há nenhuma informação sobre os riscos de dependência física, especialmente no caso dos antidepressivos e neurolépticos, e sobre as formas de descontinuar o uso com baixo risco.*

*O Paulo mencionou... Junto com o Greg Lawrence (psicólogo aposentado da Inglaterra), publiquei um novo livro sobre o assunto da retirada de medicamentos psicotrópicos prescritos. Obrigado, Paulo e Fernando, pelas contribuições de vocês. Os capítulos deste volume incluem relatos individuais de pessoas que interromperam seus tratamentos e informações sobre os grupos de retirada, abstinência, dados de pesquisa, especialmente sobre os efeitos profiláticos destes medicamentos, e com compromisso com a retirada segura, que oferecerá segurança a muitas pessoas: para quem quiser ajudar, para quem quiser continuar, e para quem quiser desistir. Muitas pessoas contribuíram, por exemplo: Paulo Amarante, Greg, Tatiana Castilho Parada, Fernando Freitas, Robert Whitaker, e muitas outras pessoas. Uma ex-*

---

<sup>9</sup> Pedagogo alemão. Vive em Berlin como editor independente, autor, cientista social, jornalista médico, treinador e ativista. Foi membro oficial da Rede Europeia de (ex-)Usuários e Sobreviventes da Psiquiatria (REUSP) por longos anos. Doutor honoris causa pela Escola de Psicologia da Universidade Aristóteles – Thessaloniki (Grécia). Recebeu a Cruz Federal de Mérito, dada pelo Presidente da Alemanha. Experimentou pessoalmente a internação involuntária e tratamento psiquiátrico na década de 1970, e nos últimos 40 anos trabalha pelos direitos dos pacientes psiquiátricos e suas redes mundiais de mútua ajuda.

*promotora pública alemã, que era procuradora-geral e agora é membro do subcomitê da ONU para a prevenção da Tortura, informou em sua contribuição sobre a ilegalidade da desinformação sobre os problemas da abstinência e da retirada, na indústria farmacêutica.*

*Ao descontinuar o Escitalopram, a dose deve ser gradualmente reduzida no período de uma a duas semanas para evitar sintomas de interrupção... É assim que os fabricantes informaram. Se a clozapina for descontinuada, os fabricantes recomendam que nós façamos incrementos de 12,5 mg por um período de uma a duas semanas... Preferencialmente de duas. E período número três: se a Quetiapina for descontinuada, os fabricantes recomendam uma redução gradual de pelo menos uma ou duas semanas. Se você usar isso por anos, é catastrófico. Nesse ciclo, essas afirmações nem precisam ser comentadas.*

*Três contribuições para o livro... Eu mesmo escrevi: “Diretiva de avanço psicossocial em caso de falhas na retirada da descontinuação”, “Descontinuação na retirada de drogas psicotrópicas? Se sim, como?” e junto de três médicos, escrevi “Você é a favor ou contra a distribuição de neurolépticos? Quem se beneficia?” – e nesse capítulo falo sobre duas posições opostas e antagônicas sobre a dependência das drogas. No campo psiquiátrico, há pessoas que viram os riscos de neurolépticos e antidepressivos por décadas. Esse é um grupo. Mas, também há aqueles que negam esse perigo. O primeiro grupo justifica suas advertências contra a dependência de antidepressivos com sintomas de abstinência, às vezes graves, e também com o desenvolvimento de tolerância, que aumenta a suscetibilidade a episódios depressivos, resistência ao tratamento e um prolongamento da depressão. No caso dos neurolépticos, existem sintomas de abstinência graves, incluindo suscetibilidade aumentada às psicoses, super sensibilidade e psicoses crônicas.*

*E, existem muitos psiquiatras que há muito tempo alertam sobre o uso de antidepressivos e neurolépticos. O alemão Rudolf Degkwitz foi o psiquiatra que publicou especificamente sobre o risco de dependência de drogas de ambas as classes citadas. Ele criou o termo “psicolépticos” para esses dois grupos de substâncias. Em 1967, ele disse em seu livro de psicofarmacologia, e eu cito: “A redução ou descontinuação dos psicolépticos leva a sintomas*

*consideráveis de abstinência que em nada diferem dos sintomas da descontinuação dos alcaloides e soníferos”. O grupo químico dos alcaloides inclui morfina, por exemplo – que é bem conhecida pelo seu potencial de criar dependência. Os sintomas de abstinência da morfina incluem tremor, diarreia, vômito, náusea, inquietação, ansiedade, convulsões, insônia, delírio, obnubilação, mal humor. Mas, acima de tudo isso, incluem problemas circulatórios com risco de vida. E as pílulas pra dormir também criam dependência. Sua retirada também pode trazer grandes problemas, como convulsões arriscadas. Todos esses sintomas são conhecidos acerca da retirada de antidepressivos e neurolépticos.*

*Em 1965, Degkwitz disse: “A regressão dos sintomas de abstinência só pode ser alcançada se o mesmo (ou outro neuroléptico) for administrado novamente. Agora sabemos que é difícil, se não impossível, para muitos dos pacientes crônicos, interromper o uso dos neurolépticos por conta dos insuportáveis sintomas de abstinência. Membros do segundo grupo (aquele que nega o risco da dependência de drogas psicotrópicas) veem os sintomas da abstinência como processos neuroadaptativos. E isso também ocorreria ao se interromper os medicamentos prescritos na medicina física e só se deveriam nos casos de descontinuação rápida. Para eles, essa denúncia da dependência vem dos leigos, e seria exagerada, ou infundada, porque não há vício ou desejo por essas substâncias. E além disso, os processos biológicos dos sintomas de abstinência ainda não foram bem pesquisados. Uma vez que os afetados não desenvolvem vício por antidepressivos ou neurolépticos, para aqueles que negam o risco, não pode haver o risco de dependência por essas substâncias. Portanto, essa é a lógica psiquiátrica especial deles”.*

*De acordo com os psiquiatras alemães Andreas Heinz e Martin Vox, drogas psicotrópicas podem levar à dependência desde que se entenda a dependência como um processo feito do desenvolvimento de habituação e tolerância ao medicamento e fenômenos de descontinuação e sintomas de abstinência. Para Heinz e seus colegas isso se aplica a todos os medicamentos funcionais como, por exemplo, medicamentos para hipertensão. Eles dizem: “Não há risco de dependência associada ao vício ou ao desejo, portanto essa dependência não poderia funcionar”.*

*Cerca de meio século atrás, os psiquiatras tentaram descartar esses sintomas de abstinência como reações desviantes, ou seja, como uma mudança de sintoma da entidade diagnosticada. Mais tarde, em 1990, eles disseram: “não se pode ficar dependente de antidepressivos”. Quando o psiquiatra britânico Robert Praist e alguns colegas apresentaram uma campanha para tratamento de depressão em um periódico britânico, disseram: “Os pacientes devem ser informados claramente, quando os medicamentos são prescritos, no início, que a interrupção do tratamento no tempo devido não será um problema”. O que é verdade para os antidepressivos também é para os neurolépticos, de acordo com esses psiquiatras. Eles usam o fato de que, nos estudos animais com ratos, estes não gostam de ingerir os neurolépticos... e, para eles, isso é uma evidência de que não causa dependência... E, portanto, não há dependência de neurolépticos em humanos.*

*Admitir o risco de dependência significaria, em última instância, que o número das vendas diminuiu – como aconteceu com os benzodiazepínicos na década de 80. Nesse sentido, é compreensível que as empresas farmacêuticas usem todo o seu poder para influenciar as opiniões dos líderes da psiquiatria. Alguns psiquiatras compararam repetidamente os problemas da abstinência de antidepressivos e neurolépticos com a de outras substâncias que, conhecidamente, induzem à dependência, como morfina, barbitúricos e álcool. Margareth Nielsen (do Centro Nórdico Cochrane, em Copenhague) e alguns colegas compararam as reações de abstinência de benzodiazepínicos e inibidores de serotonina e identificaram quarenta e dois sintomas. Trinta e sete foram descritos para um dos tipos de droga.*

*Tornar a dependência de antidepressivos e neurolépticos parte de um vício (incluindo essa fissura) é teoricamente possível com o apoio da indústria farmacêutica. Foi impulsionado dessa forma, mas a justificativa é questionável. Vincular a dependência de drogas a uma entidade que ninguém jamais afirmou existir é uma abordagem confusa para as pessoas que têm pouco conhecimento sobre o assunto. Vincular a dependência ao abuso ou à overdose também é enganoso. Todos os relatos de problemas relacionados à abstinência se referem a doses terapêuticas. E o desejo por neurolépticos é inconcebível em vista dos seus efeitos perturbadores. Nem o desejo ocorre com antidepressivos, em contraste com o vício em álcool, opiáceos e*

*estimulantes. No entanto, a não-existência de fissura ou vício por antidepressivos ou neurolépticos não altera os problemas na descontinuação desses medicamentos.*

*Raymond Battegay, do Hospital Universitário de Basel, na Suíça, explicou que o termo “dependência de drogas” precisa ser expandido para descrever o problema da dependência dos antidepressivos e neurolépticos de forma clara, uma vez que, diferente dos tranquilizantes, não há fissura, não há vícios envolvidos. Numa comparação dos sintomas de abstinência com os tranquilizantes, ele encontrou sintomas físicos de abstinência. Ele escreveu isso em 1966, mas sua proposta foi ignorada por seus colegas.*

*Os psiquiatras que enxergam a dependência de antidepressivos e neurolépticos se referem à contrarregulação da mesma forma que os psiquiatras que negam essa dependência. Contrarregulação é um processo natural em um sistema vivo e, vista isoladamente, não tem significado para a dependência das drogas. No entanto, a opinião de que os sintomas de abstinência são apenas uma contrarregulação, falha em reconhecer a extensão da dependência. Isso também ocorre com a redução gradual dos antidepressivos e neurolépticos... Mesmo que não seja com a mesma intensidade e frequência, não é apenas um problema técnico.*

*A existência de problemas relacionados à abstinência serem persistentes, refuta a suposição de que eles são autolimitados automaticamente. O fato de não haver evidências conclusivas dos mecanismos fisiopatológicos dificilmente é surpreendente, tendo em vista do amplo espectro dos sistemas receptores afetados. Numa compreensão convencional de dependência, pode-se concluir que tal dependência ocorre se há sintomas de dependência. Então, o único conselho seria continuar tomando as drogas psicotrópicas apenas para lidar com os sintomas de abstinência insuportáveis, como pode ser inferido do guia DSM-5.*

*O risco de dependência fica ainda mais claro quando as empresas farmacêuticas se referem a ele na bula dos produtos, como os antidepressivos – como já fazem com a Tianeptina e a Sertralina. Essas informações devem ser passadas ao paciente para estarem informados sobre o fenômeno da retirada. São informações relevantes para o término seguro de um tratamento. Conforme pesquisadores do tema descrevem, eles são relevantes para o*

*término seguro de um tratamento com antidepressivos e neurolépticos. Confundir os sintomas de abstinência com a chamada recaída pode levar à administração de novos e mais antidepressivos ou neurolépticos... Ou até mesmo o eletrochoque.*

*Como fazer um diagnóstico diferencial correto, sem terminologia apropriada, entretanto, permanece questionável se o problema da dependência de drogas induzida por substâncias for introduzido para o paciente. Falando sobre os problemas de descontinuação.*

*Outro problema é o desinteresse das empresas farmacêuticas e dos psiquiatras convencionais em conduzir estudos qualitativos sobre os problemas da retirada de drogas psiquiátricas. Os estudos não diferenciam os problemas de abstinência das chamadas “recaídas verdadeiras”; eles também, geralmente, não são projetados para estudar verdadeiros problemas da retirada.*

*Em 2020, Brandt e colegas, em uma revisão sistemática e de meta-análise, mostraram a ocorrência de sintomas de abstinência após a descontinuação dos neurolépticos. Desde a introdução dos neurolépticos, no início da década de 1950 a outubro de 2019, havia apenas cinco estudos publicados que atendiam aos dados científicos formais padrões. Entre 1959 e 1976, com o total de 251 pessoas, estudos qualitativos foram publicados. E não houve nenhum outro desde então. Esses estudos podem ser lidos pela internet, e são evidências qualitativas científicas.*

*Alguns psiquiatras e psicólogos estão preocupados não apenas com a falta de efeitos preventivos de recaídas dos antidepressivos e neurolépticos, mas também com os efeitos indesejáveis em geral, incluindo aqueles que bloqueiam as chamadas forças de autocura e processo de recuperação de máscara. Degkwitz (que foi presidente da associação psiquiátrica da Alemanha), por exemplo, em 1969, preocupou-se com os efeitos depressivos intrínsecos dos neurolépticos que muitas vezes são suprimidos pela ação de antidepressivos. Aqui, mais uma citação: "Pode ser muito difícil distinguir principalmente o humor depressivo induzido por drogas de alterações psicóticas. Na prática, entretanto, não é incomum considerar essa possibilidade: muitas vezes, melhorias surpreendentes ocorrem justamente nesse aspecto, no estado paciente, quando decide interromper a medicação.*

*Mas, ao invés de interromper o neuroléptico, é desrespeitada a condição do paciente se decidir por descontinuar a medicação e, em vez disso, prescreve-se um antidepressivo, além do neuroléptico, em caso de humor deprimido com bastante frequência”. Ele escreveu: “Muitas vezes, dois anos depois, pacientes psicologicamente saudáveis despertam de uma intoxicação neuroléptica, que foi confundida até então com uma doença mental”. Em 1967, o colega dele, Walter Schultz, também levou a possibilidade de que a suspensão dos antidepressivos pode fazer um grande bem. Eu cito: “Em alguns casos ocorre um sucesso de cura quase surpreendente, no sentido de um efeito positivo de descontinuação”.*

*Em 1967, George Simpson propôs, a partir do Rockland Research Institute (Orangeburg, Nova York), o perigo da discinesia tardia causada por neurolépticos. Ele propôs, no interesse da saúde dos pacientes, que as tentativas de abstinência deveriam ser feitas sempre: “O melhor tratamento, no momento, é a retirada gradativa dos neurolépticos com a substituição por tranquilizantes menores para aliviar a ansiedade. O potencial dos neurolépticos para produzir discinesia (uma complicação grave) em um número considerável de pacientes, indicaria que uma tentativa de retirada deve ser feita em todos os pacientes”.*

*Em 2020, a internista alemã Witzke-Gross discutiu o efeito cumulativo de drogas médicas e psiquiátricas prescritas em condições físicas, referindo-se às várias interações e efeitos indesejáveis (por exemplo, distúrbios circulatórios). O que ela concluiu especialmente para pessoas mais velhas: “Abandonar o medicamento pode ser a melhor decisão clínica e resultar em um benefício clínico significativo, incluindo uma redução da tendência à recaída. Você deve sempre lembrar que, uma opção para abandonar as drogas, é não começar com elas de jeito nenhum”. No que diz respeito às informações sobre o risco de dependência de antidepressivos e neurolépticos, seria útil para os pacientes que fossem informados, antes da prescrição, de que os riscos da dependência de antidepressivos e neurolépticos são avaliados de formas diferentes dentro da comunidade psiquiátrica. Os psiquiatras desconhecem a fase fisiológica dessas drogas ou os fatos que podem prever o risco de dependência em pacientes individuais. Existem diferentes definições de dependência e diferentes implicações; e a atual definição dominante de dependência de*

*drogas é uma definição política que foi alcançada por consenso e sob a influência da indústria farmacêutica. E isso tudo é contestado e controverso... E um esclarecimento seria concebível: que antidepressivos e neurolépticos não têm potencial aditivo, mas podem levar à formação de tolerância e resistência ao tratamento.*

*Sem informações oportunas e abrangentes, a comercialização e administração de antidepressivos e neurolépticos continuam sendo um crime de lesão corporal organizada, violação do direito humano à inviolabilidade corporal e o direito à determinação. A banalização dos problemas de descontinuação e abstinência e a minimização do risco de dependência de drogas, ignorando ou redefinindo, atende aos interesses financeiros da indústria farmacêutica e de todas as outras partes envolvidas que consideram os afetados imaturos e desejam tomar decisões sobre eles de forma paternalista e, portanto, mantê-los na ignorância. Essa abordagem causa uma quantidade incalculável de danos à saúde e à sociedade. Dependendo da posição assumida quanto à dependência de antidepressivos e neurolépticos, tanto o sistema psiquiátrico quanto o paciente se beneficiam. Em seu próprio interesse, o último deve considerar cuidadosamente qual sistema ele acha mais convincente.*

*Essa declaração é do Grupo do Relatório de Trabalho sobre a violação arbitrária dos direitos humanos na ONU em 2015: “É chegada a hora de criar e promover formas de suporte definidas pelo usuário na retirada. Algumas práticas comprovadas podem ser encontradas nesse e-book que foi mencionado. E é mais do que tempo de que a negação do risco de dependência de psicofármacos prescritos seja denunciada como violação dos direitos humanos e suas consequências desastrosas sejam processadas como lesões corporais criminais”.*

*Muito obrigado a todos!*

PAULO AMARANTE (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Muito obrigado, Peter! Trouxe excelentes questões. Acho que vai ser fundamental... Já perguntaram sobre a possibilidade de tradução do livro para*

*o português. Esse Seminário deu origem a muitos livros, como o do Robert Robert Whitaker, do Jaakko Seikkula... E agora, quem sabe, você também nos autoriza a buscar traduzir e publicar aqui no Brasil. Eu acho que é uma discussão muito importante que você está trazendo, com informações que são muito precisas, de como essa questão das drogas, os conceitos de dependência, como são levados? E quais as coisas que estão envolvidas? E é importante que profissionais de saúde mental, psiquiatras e, fundamentalmente, usuários e usuárias conheçam. No Brasil, e eu falei isso em nosso texto, nós temos usuários, ex-usuários, militantes, sobreviventes, muito potentes.*

*O Fernando Freitas, que é da nossa comissão organizadora, achou importante, logo após a fala do Peter, fazer alguns esclarecimentos... Que não sei exatamente quais são. Mas, confio plenamente no Fernando – que trabalha com o tema, e é membro conosco do Instituto Internacional para Retirada das Drogas Psiquiátricas. Então, Fernando vai falar sobre o esclarecimento que ele acha importante fazer em relação ao discurso do Peter. E depois passamos para a Leide.*

#### FERNANDO FREITAS (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Obrigado, Paulo, por me deixar fazer por um, dois minutos alguns esclarecimentos, visto que o Peter fez uso de vários termos técnicos que nem sempre são fáceis de serem traduzidos para o português de forma clara e precisa, com a mesma precisão que eles têm em inglês. Então eu gostaria de esclarecer algumas coisas que talvez não tenham ficado muito claras, visto que são termos técnicos.*

*Uma: acho fundamental o que o Peter afirmou, baseado na literatura: que a psiquiatria tradicionalmente tenta descartar os sintomas de abstinência, considerando esses sintomas como sintomas da recaída da doença original, porque reconhecer que são sintomas de abstinência é reconhecer que os psicofármacos criam uma dependência química. Acho que isso é fundamental.*

*A outra questão importante é que, justamente, como na experiência dos usuários quando buscam reduzir ou parar recomendados pelos médicos...*

*Porque as normas e diretrizes oficiais vendidas e distribuídas pela própria indústria é: "faça a redução em uma ou duas semanas. Em uma ou duas semanas você reduz o antidepressivo, Em uma ou duas semanas você reduz o antipsicótico", e as pessoas sofrem, como o Peter mostrou, muitas vezes com sintomas gravíssimos. Então, essas normas, os protocolos que os médicos utilizam são cientificamente equivocados, sobretudo a partir da experiência dos usuários. Então, o que o Peter e a literatura mostram é que essa redução deve ser lenta e gradual. Portanto, não é aquela redução proposta pelas diretrizes, pelos protocolos médicos.*

*É isso. Muito obrigado. Achava importante esse esclarecimento. Se o Peter tiver alguma coisa a acrescentar, por favor!*

PETER LEHMANN (LIDERANÇA - MOVIMENTOS SOCIAIS/ALEMANHA)

*Posso dizer que o termo em inglês também é um tanto caótico. Foi muito difícil traduzir do alemão para o inglês, porque todo mundo utiliza o termo de forma distinta. É um grande problema. Então, deve-se considerar todos esses fatores na hora de traduzir, com foco no que você quer dizer... Às vezes é vício, outras vezes dependência, outras vezes "craving"... Pode ser considerado desejo, ou fissura... O inglês não deixa as coisas muito claras, e no próprio alemão as pessoas misturam... Isso pode ser complicado. Considerando também as decisões à partir dos fabricantes, dos médicos que prescrevem benzodiazepínicos de modo a produzir a dependência, ou a fissura. Os fabricantes não estão certos de que os produtos estejam sendo utilizados dentro do contexto psiquiátrico. De qualquer forma, há um risco. Nós tentamos ensinar as pessoas sobre esses problemas de modo a deixar claro para que façam o uso correto. Isso é algo que compreendemos a partir dos nossos estudos.*

PAULO AMARANTE (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Obrigado, Peter! Muito obrigado. Obrigado, Fernando. Já temos muitas perguntas, muitas questões... O que é bom! Porque sabíamos que iria provocar muitas questões, muitos debates.*

*Eu gostaria, agora, antes de passar para a Helisleide, de falar... Da importância de ter estas mulheres aqui nesse debate, militantes da luta antimanicomial; a importância que tem, no Brasil, esse movimento social de usuários, ex-usuários na questão específica da cena política pela desmontagem do aparato manicomial, pela montagem de estruturas e dispositivos outros de inclusão (como de teatro, de música (você viram aí o Harmonia Enlouquece). A Leide ganhou o prêmio de atriz revelação... Isso é um acontecimento! Pessoas que estavam antes em manicômios, em hospícios, saíram para a vida, saíram para a cidade. E como no caso do Harmonia Enlouquece, foi uma apresentação no centro cultural da praça Cinelândia (Rio de Janeiro), o centro cultural noturno da cidade do Rio de Janeiro... Isso é muito legal! Não é uma pracinha dentro de um hospital, é ganhar a cidade! Então, eu queria registrar isso.*

*E, semana passada, nós tivemos a possibilidade histórica de acompanhar o fechamento do primeiro manicômio da América Latina. Considerado o primeiro manicômio do Brasil e da América Latina, o hospício de Pedro II, criado pelo próprio imperador Pedro II em 18 de julho de 1841, exatamente 180 anos depois nós conseguimos fechar esse manicômio... Acho que isso tem um valor simbólico importantíssimo... e isso graças a esse momento político potentíssimo que é o movimento da luta antimanicomial. Então Helisleide, está com você a palavra!*

HELISLEIDE BONFIM (ATRIZ/USUÁRIA DA SM/PROJETO GERAR-BA)<sup>10</sup>

*[Cantando] "Ah! eu sou como a borboleta | tudo que eu penso é liberdade | Não quero ser maltratada nem exportada desse meu chão | Minhas*

<sup>10</sup> Educadora Social e palestrante. Atriz, ganhadora na Categoria Revelação do Prêmio Braskem de teatro 2019. Ativista dos Direitos Humanos. Coordenadora e secretária do grupo feminista antimanicomial Papo de Mulher. Membro da Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas (RENFA). Usuária da RAPS.

*asas minhas armas | Não servem pra me defender | As cores da natureza pedem ajudam pra eu sobreviver | Você que me vê voando como a paz de uma criança | Você sabe a minha idade | Eu sou sua esperança | A ordem da humanidade não deve ser destruída | Quando eu voar me proteja | sou parte da sua vida".*

*Muito obrigada a todos, todas e todes! Ao meu grande companheiro e amigo, Paulo Amarante, por esse convite, para esse Congresso Internacional. Eu sou Helisleide Bonfim e vou falar minhas características para pessoal das libras: Sou uma mulher preta, gorda, estou com cabelo amarrado, com batom lilás, e com vestido estampado. Quero fazer algumas retificações na minha apresentação, Paulo... Eu sou ex-presidente da Associação Metamorfose Ambulante de Usuários e Familiares do Serviço de Saúde Mental (AMEA); sou hoje uma das mulheres do grupo dinamizador de violência contra a mulher na Bahia; sou coordenadora e secretária do maior grupo feminista antimanicomial do Brasil, o Papo de Mulher, formado por mulheres com transtorno mental e apoiadoras. É uma simples retificação, Paulo, no meu currículo, mas quero dizer que estou muito feliz de estar nesse espaço... porque nosso grande psicólogo, Marcos Vinicius, que não se encontra mais com a gente... Um dos precursores da luta antimanicomial no Brasil, mineiro que veio pra Bahia, disse que lugar de louco é ocupando todos os espaços. Então, assim, nós somos frutos da Reforma Psiquiátrica, da luta antimanicomial, aonde os psiquiatras que se achavam os “bambambãs” da saúde mental, apostaram muito na medicalização... Pensavam que pudessem nos robotizar com o excesso de medicamentos. E aí vem a luta antimanicomial, a Reforma Psiquiátrica, e nos mostra que nós podemos sim! E podemos mais!*

*Então, eu e o Peter estamos aqui nessa tarde, juntos com nossos companheiros construindo... E dizer que sim! Uma rede de atenção psicossocial completa faz um sujeito de direito, como eu estou aqui, e não mais um objeto de estudo! Hoje o meu companheiro, Paulo Amarante, a gente conversa, e ele sabe que sou uma educadora social, que eu sou palestrante... Mas, que tudo isso acontece e aconteceu desde as pessoas do passado, que construíram e acreditaram nessa luta. Então, aqui na Bahia, o protagonismo do usuário é muito forte. Nós ocupamos cadeiras municipais, estaduais, áreas técnicas de saúde mental... A gente se movimenta muito.*

*Quero dizer que é vergonhoso o governo federal fazer sérios investimentos em comunidades terapêuticas. Essas comunidades enfraquecem o investimento para que se fortaleçam as RAPS no Brasil. Porque eu sou fruto de uma RAPS. Hoje sou uma mulher casada, que tem atividades mil; eu sou a única louca nesse país, Peter, que não tem tempo de surtar, porque tenho muitas atribuições... Sou uma pessoa que luta com essa sociedade estigmatizante, preconceituosa, que acha que o louco é incapaz. Como falar de drogas num país que super medicaliza pessoas? Moro num país tropical abençoado por Deus e bonito por natureza... O terceiro país que faz uso abusivo de Rivotril. Então, precisamos esses encontros, congressos, seminários, para falar de medicalização.*

*Eu tomava dezenove medicações... Hoje, tomo duas medicações e meia. Estou me organizando pra ir pro Canadá como exemplo de superação... Vitor Pordeus me convidou pra fazer parte de um projeto. E hoje eu discuto com minha psiquiatra sobre a desmedicalização, sobre as drogas, sobre o uso abusivo (ou não) de drogas, através da política de redução de danos. E acho que a gente precisa fortalecer a saúde mental para que os usuários entendam que a gente precisa estar politizado nesses espaços e mostrar que o empoderamento, principalmente o empoderamento da mulher (eu sou mulher e nós, mulheres loucas, sofremos muito)... Eu sou uma pessoa que passei por sete internamentos psiquiátricos, aonde fui muito medicalizada, as pessoas não acreditavam mais na minha superação. E um conjunto de cuidados inserindo a família, os vizinhos, a militância, a arte... Porque, o teatro, era a medicaçãozinha que faltava pra mim, era o remedinho que faltava. Depois que passei a ser atriz, eu fui imediatamente desmedicalizada. Então, pra quê medicalizar e não usar a arte? A arte tem um poder transformador! Vamos inserir a arte na RAPS como dispositivo de cuidado. Eu sou atriz dos Insênicos – a primeira companhia de teatro formada por pessoas com transtorno mental no estado da Bahia. E daí, eu ganhei o prêmio Braskem na categoria Revelação, como melhor Atriz em 2019. Sabe, companheiro Paulo, no momento em que ganhei o prêmio, não vi Leide em momento nenhum... Vi mais de sessenta mil pessoas que foram torturadas estigmatizadas; seus corpos foram vendidos para universidades de todo Brasil... no chamado mercado da morte, no hospício da morte em Barbacena. Pois eu sou a atriz do*

*Holocausto Brasileiro. E, por isso, hoje me sinto uma pessoa lisonjeada e mesmo com essa RAPS da Bahia, que ainda não consegue se fortalecer e se ampliar por falta de investimentos públicos... Mas, nós temos aqui profissionais que se dedicam ao cuidado de saúde mental, e em entender a educação permanente.*

*Então, eu acabei de criar o projeto Nós Pra Nós onde eu capacito a rede de saúde mental para familiares e usuários e estamos aí para debater, discutir, trocar... Porque os estudantes que estão assistindo esse encontro, essa roda de conversa... Eu gosto muito dessa posição de roda que nos dá a posição de igualdade... Estamos todos no mesmo ciclo, na mesma igualdade, aonde a universidade não faz a formação das pessoas, principalmente para entender de saúde mental. Os estudantes precisam tirar a bunda da Universidade e ir se misturar com os loucos, assim como os grandes líderes da saúde mental no Brasil como Paulo Amarante, Edna Amado, Dilene de Almeida, e tantas pessoas que estão aí no mundo da saúde mental e que convivem lado a lado, respeitando um ao outro.*

*Este lugar que estou ocupando aqui hoje com o Peter foi um lugar de muita luta, muito sofrimento. Eu passei por momentos no manicômio onde dizia "Não me desamarre, mas me limpe!"... Porque fui muito maltratada, sofri violências sexuais dentro do manicômio, eu vivi na rua, usei muita droga... E hoje consigo fazer um curso de capacitação na Universidade de medicina da Bahia no Pelourinho e me tornar doutora de dança. E consigo explicar o uso abusivo de drogas aos meus dois afilhados que deixaram de fazer uso abusivo e compreendem o uso da droga de forma organizada. Porque os usuários de maconha, os grandes brancos 'bambambãs' e pessoas ricas, estão presos nos seus apartamentos na beira da piscina e não têm problema. E hoje, dentro da favela, nós estamos perdendo povo preto, pois faz uso de uma droga que não é lícita.*

*Então, nós temos, Paulo, várias discussões, meus companheiros, pra gente ir trocando, aprendendo, reconstruindo. Uma coisa peço pra vocês: por favor, não chamem esse governo atual, desgoverno atual, de louco. Porque nós loucos não somos genocidas e sacripantas como ele. As pessoas loucas por muito tempo foram consideradas incapazes... Pessoas que, no século XVI, eram consideradas sábias, as mais próximas de Deus. No século XX, houve a*

*patologização da doença mental. Então, a gente sabe que antes da pandemia já existia um adoecimento psíquico em massa de uma sociedade que tem preconceito e estigma de ter o seu autocuidado... Porque todo mundo cuida da diabetes, da hipertensão e de qualquer patologia, mas na saúde mental o estigma e preconceito afastam a sociedade do cuidado.*

*Então, a gente precisa fazer essas reflexões, explicar para as pessoas que... Eu, por exemplo, parei a medicação várias vezes, sem orientação médica... Também sou profissional de saúde, sou técnica de enfermagem há vinte e cinco anos, e convido os profissionais a estarem nesse lugar: e a qualquer momento poderem estar no lado trocado, no lado do adoecimento psíquico. Então, hoje, as pessoas que estão assistindo nós aqui... é importante para a formação política de vocês, que tenham um olhar diferente sobre a saúde mental e a visão de que nós somos formadores de opinião, agentes multiplicadores e transformadores de opinião, dos nossos lugares, dos nossos antepassados, que construíram esse caminho e nós precisamos continuar, para que as pessoas com doença mental sejam respeitadas.*

*Então, eu infelizmente não consegui ouvir muito o Peter porque eu não consegui mexer no celular para ouvir a tradução. Mas, vou seguir aqui na escuta dos meus companheiros, contribuindo nas perguntas. E quero agradecer e dizer: medicalização pra quê? A gente precisa viver, se distrair, passear, namorar, se divertir. É isso que a saúde mental precisa para que a gente continue sendo sujeito de direito e não mais objeto de estudo. Muito obrigada! Estou à disposição.*

PAULO AMARANTE (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Obrigado, Leide! Como sempre, maravilhosa! Você me desculpe aí o seu currículo... Eu não pude falar tudo. Eu sei de tanta coisa que você faz, além... E lembrei-me dos Insênicos, que vi algumas vezes na Bahia, Os Intercambiantes aqui, o Instituto Nise da Silveira, que foi fechado, o hospício, é o Nise da Silveira. Ele chamou originalmente Pedro II, ele ficou cento e cinquenta, cento e sessenta anos com esse nome; depois passou a se chamar Nise da Silveira e agora virou Parque Municipal Nise da Silveira. Virou um espaço da cidade, deixou de ser o hospício, ou hospital, e deixou de ser*

*exclusivamente um centro de saúde mental para se tornar um local da cidade. E é um ganho muito importante, né! Então, eu queria registrar isso.*

HELISLEIDE BONFIM (ATRIZ/USUÁRIA DA SM/PROJETO GERAR-BA)

*Paulo, é uma felicidade muito grande pra mim ouvir essa sua informação porque eu fui Atriz Revelação também do Ocupa Nise 2013, 2015.*

PAULO AMARANTE (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*E, eu estava lá!*

HELISLEIDE BONFIM (ATRIZ/USUÁRIA DA SM/PROJETO GERAR-BA)

*A gente estava junto lá, e o nosso companheiro Josuelito, Paulo, infelizmente desencarnou, grande ator dos Insênicos! Nossa Renata Berenstein (atriz dos Insênicos) também estava lá. Então, tive experiências magníficas! Fiz teatro de rua lá na Praça da Cinelândia, no Rio de Janeiro. Então, assim, saber que o manicômio fechou, e que era essa nossa proposta... Então, fico muito feliz! Quero dizer que a gente vai fazer, sim, na Bahia, um Ocupa Juliano! Vai transformar aquele hospício em num grande projeto de arte. Quero também informar pra você, Paulo, que estou produzindo minha autobiografia... E também preciso do seu apoio, da Fiocruz, da ABRASME...*

PAULO AMARANTE (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Excelente! Pode contar! É isso, querida, obrigado e um beijo! Nós fechamos mais de 60 mil vagas nesses manicômios terríveis do Brasil. E em homenagem a você, em agradecimento, eu vou ler uma ligeira frase do livro do nosso querido amigo Babilak Bah, paraibano, fundador do Trem tan tan – uma das bandas aí da luta antimanicomial. Apenas uma frase, que eu vou ler para você: "Diferença não é distância. Diferença existe na semelhança". Então,*

*muito obrigado! Vou passar pra Rosângela Santos, querida amiga Rosângela, uma militância também importantíssima; mais uma liderança expressiva da ABRASME, no norte do país, que têm vários movimentos também em defesa da vida, em defesa da Amazônia, do SUS, dos direitos humanos. Então, por favor, Rosângela, com você a palavra!*

ROSÂNGELA SANTOS (ABRASME/MLNA)<sup>11</sup>

*Obrigada, Paulo! Boa tarde a todos, todes e todas! Primeiramente, gostaria de agradecer pelo convite feito por você, Paulo, pra que eu pudesse estar participando nesse momento, que é muito oportuno pra gente estar conversando sobre a questão da saúde mental. Mas, antes de entrar, gostaria de me descrever para o pessoal das Libras. Sou uma mulher negra, uso óculos, ao fundo aqui da minha parede tem um quadro colorido bem bonito; tenho cabelos grisalhos, um pouco longos, grisalhos e cacheados.*

*Quero falar de saúde mental na Amazônia, aqui da região norte... Eu sou de Belém do Pará, cidade das mangueiras, das chuvas, e do meio da Amazônia... É de fundamental importância. Uma das coisas que concordo com a Leide é que a gente vive um desgoverno nesse país, e a política de saúde mental tem sido muito sucateada, um país que não tem compromisso com essa política. Então, nós usuários do sistema de saúde mental (eu sou usuária da política há 6 anos), sou educadora social, fui vice-presidente do Conselho Nacional de Assistência Social (o CNAS). Sou agente de direitos humanos e penso que a gente tem que ser visto como humano e não como objeto de estudo de qualquer área que seja.*

*Mas o que tenho percebido, hoje aqui no Brasil, é um grande desmonte que a saúde mental passa. A quantidade de verbas investida nisso é muito pequena e, sendo muito pequenas, as RAPS (e eu também venho delas, o meu protagonismo também vem delas) se tornam um espaço de resistência de trabalhadores e de usuários. E quando somos trabalhadores pra isso, pra esse momento, somos trabalhadores comprometidos com a saúde mental,*

---

<sup>11</sup> Diretoria nacional da ABRASME. Ativista dos Direitos Humanos e militante do MNLA. Usuária da RAPS.

*comprometidos realmente em tornar o usuário protagonista de sua história; não queremos mais ser objeto de estudo, mas sim protagonistas da nossa história e temos condições pra isso. A gente precisa de um profissional comprometido com essa luta, com o trabalho que ele escolhe fazer.*

*Na minha experiência de usuária no CAPS, cheguei com depressão grave, histórico de suicídio... E estou há seis anos fazendo medicação. Também cheguei a tomar muito (não tanto quanto a Leide), mas cheguei a tomar 6, 7 medicações por dia. E toda vez eu tentava parar, sofria muito com isso... Porque é preciso fazer o desmame da medicação. Mas às vezes eu fazia por minha conta mesmo, sem que o médico estivesse me assistindo e isso me causava muitas angústias e muitos transtornos, que me levaram de volta. Fui internada duas vezes por conta disso. E então, depois, eu fui seguindo o tratamento realmente que foi deliberado pra mim. Só que foi deliberado, conversado com uma equipe da RAPS; foi uma coisa que foi construída junto comigo, tanto a importância da medicação naquele momento de dor e sofrimento, mas também como seria a retirada dessa medicação de forma gradativa. E lá na RAPS eu conheci vários trabalhadores, inclusive a psiquiatra que me atende até hoje. Ela é uma pessoa que realmente consegue perceber que tem algumas dores e sofrimentos que são casuais, da vida. Algumas tristezas eram mandadas para psiquiatria como se fosse enlouquecimento, e não era.*

*Então, é importante o profissional avaliar que o sofrimento da pessoa nem sempre é pra medicalizar; às vezes não tem necessidade de medicalização. E é preciso que os profissionais realmente percebam isso. Mas, se chegar e for preciso, que seja de uma forma que o usuário compreenda que será por um período e terá um fim. Porque se não, eu mesma ficava incomodada, porque eu não quero tomar medicação. Eu dizia pra ela: "Eu não quero tomar medicação a vida toda". Então, a RAPS tem uma equipe de profissionais justamente pra fazer com que a gente entenda o que é a saúde mental, mas principalmente, entender o que é a política saúde mental. Que ela garanta direitos pra mim, que sou usuária, mas também para os profissionais e trabalhadores da saúde mental. E uma das coisas que consegui fazer na RAPS, também, foi ser inserida no grupo de teatro, no grupo de um jornalzinho feito por usuários que a gente criou no CAPS, participava das assembleias*

*dentro do CAPS, participei do coral do CAPS e me descobri lá. Então, tem várias formas além de fazer psicoterapia, tem vários elementos que podem ser fortalecidos pela RAPS, que podem trazer também de volta para a vida, e fazer com que nós usuários não sejamos vistos meramente como loucos, dispostos a usar medicação para o resto da vida. A gente quer saúde, e eu enfoco bastante essa importância na RAPS... Porque pra nós, ouvindo a experiência do Peter, não sei como funciona na Alemanha, mas aqui no Brasil as RAPS têm sido grandes salvadoras de vida, trazendo pessoas com transtornos mentais de volta para sociedade.*

*Nós somos contra manicômios – esta política que estão tentando implementar de novo no Brasil; nós somos contra hospícios! Nós queremos verbas que invistam na saúde mental e invistam em nossas histórias. Eu, quando vi o filme Nise da Silveira, fiquei muito impactada de ver como eram os hospícios antigamente... E não queremos isso de volta no Brasil e em nenhum lugar do mundo, porque é uma grande violação dos direitos humanos.*

*Lá, então, a gente vai tratando disso e percebendo como nosso país tem investido muito pouco na política de saúde mental. Na verdade, não consigo perceber uma importância para o Ministério da Saúde e para o governo (que, pra mim, é um grande desgoverno), não vejo investimento na saúde mental. Deveriam investir para que as pessoas possam realmente ser protagonistas de suas histórias. Temos resultados efetivos; está aí a história da Leide; e eu sou resultado disso... que dá certo. O quanto que a gente é empoderado; e não somos meros loucos, ali, pra servir de estudo pra ninguém.*

*Então, tem umas coisas que anotei aqui e que gostaria de trazer. Não entendo muito os termos técnicos, mas vou falar da forma como entendi algumas coisas do que o Peter falou sobre os medicamentos, e quem está por trás disso tudo... o grande monstro disso tudo que são as empresas que trabalham com esses medicamentos, os grandes empresários. Então, há uma grande desigualdade nisso; é um embate desigual demais. A gente é muito pequeno pra lutar contra as grandes empresas que dominam o campo da farmacologia, a grande indústria farmacêutica do mundo, que está em todo lugar. Ainda somos muito pequenos pra isso. Mas é de formiga em formiga que a gente assanha o formigueiro. Tem um ditado que eu sempre canto que diz assim: [cantando] “pisa ligeiro, pisa ligeiro, quem não pode com a formiga não*

*assanha o formigueiro”. Então, somos formigas, mas somos várias espalhadas por todo lugar, e nossa união nos fará capazes de protagonizar toda nossa história.*

*Outra coisa que eu gostaria de falar... Foi falado ainda há pouco... Sobre a criminalização, que a negação da dependência seja considerada crime. E eu penso que é uma coisa que a gente precisa fortalecer e trazer como reflexão para a saúde mental... Que seja considerado crime de violação dos direitos humanos. Porque, realmente, não dá mais pra gente aceitar isso de forma passiva. É preciso que a gente se empenhe e traga isso para o nosso debate com os movimentos, as lutas do dia-a-dia.*

*Tem uma coisa que eu percebi nesse período de pandemia, que muitas pessoas adoeceram, e tivemos um grande encontro de cada um consigo mesmo. Os espaços se fecharam. Muitos dos espaços das RAPS se fecharam e tivemos que lidar com nós mesmos. E muitos de nós não soubemos lidar com isso. Então, quando a gente procurou esses espaços para a gente se fortalecer... E eu falo da minha experiência aqui, de onde eu estou, do meu Estado, aqui de Belém... Os espaços estavam fechados pra isso. Mas, tinha algumas pessoas comprometidas com a luta, que trouxeram ferramentas novas, como criar grupos online, terapias online. A gente criou um no CAPS em que a gente conseguiu falar, verbalizar o que estava passando, e se fortalecer, mesmo estando distante, mesmo os espaços estando fechados. E no momento em que as pessoas, os usuários estavam mais adoecidos por terem ficado sozinhas, algumas não conseguindo lidar com isso que não estavam acostumadas no dia-a-dia, não estavam sabendo lidar... E acabaram encontrando os espaços fechados. E, aí, surgiram algumas novas terapias, terapia holística, meditação, terapia online. Então, teve várias coisas que foram chegando realmente para fortalecer o usuário desses espaços.*

*E, quero dizer, assim, que eu não posso sair daqui sem dizer desse governo genocida, que não respeita a democracia desse país, que nega as políticas públicas, que nega todas elas, e em especial a que fala sobre saúde mental. Está prevista uma conferência pra acontecer... Mas, até que ponto os protagonistas da história vão participar dessa conferência, e vão estar falando por si? Porque não dá mais para falarmos sobre saúde mental, direitos humanos, sem levar para esses espaços que decidem quem realmente é o*

*protagonista da história. Não posso mais falar em saúde mental e, na hora da decisão, é um trabalhador, um psiquiatra, é um psicólogo que vai e fala por nós. Tem um ditado que diz "nada pra nós sem nós". Então, nada de falar da saúde mental sem que o usuário se coloque dentro disso e fale. Quem sente a dor que sabe onde dói. Então, somos nós que enfrentamos isso todos os dias quando vamos a um CAPS.*

*É preciso que a gente fortaleça as RAPS pra que o trabalhador realmente compreenda que esse é um espaço de cuidado, mas também é um espaço político. Não política partidária, mas política pública... Que as pessoas que vão lá compreendam que aquilo não é favor, é direito.*

*Quando eu cheguei no CAPS e fui querer saber um pouco mais sobre história da saúde mental, teve vários trabalhadores que lá estavam e já não estão hoje (se perderam pela pandemia) que me apresentaram a história do movimento antimanicomial, de saber como era a história aqui no Pará... Tinha o Juliano Moreira, casa de saúde mental; tinha uns espaços que eram horríveis. Os relatos que conheço de lá são desumanos – como talvez não seja diferente dos espaços que a Leide passou, os espaços que ela conhece. Não é diferente.*

*Nós estamos numa geografia completamente diferente, mas a vivência para nós usuários de saúde mental, é a mesma. E eu não acho que deva ser da mesma forma. A gente vive em uma geografia diversificada, que precisa ser tratada de forma diversificada e não desigual. Então, enquanto a gente não compreender realmente que o usuário precisa ser protagonista de sua história e ser trazido pra essa compreensão de direitos humanos, dos direitos que ele tem... Porque, algumas vezes eu chegava no CAPS e o usuário tinha medo até de falar na assembleia. Achava que não tinha direito de falar, e se deixava ser maltratados com isso. Eu nunca fui maltratada no CAPS porque nunca permiti, pois eu já vinha de uma luta, conhecia alguns direitos... E comecei a brigar por isso lá dentro; dizer que as assembleias deviam acontecer, dizer para o usuário que precisava falar, o familiar precisava entender. Não só sobre os remédios, as consultas que eram marcadas... Ele precisava entender o que é a política de saúde mental, porque era o que estava em jogo no país, era a volta dos manicômios, e está ainda; isso está muito forte... É muito forte ainda no nosso país.*

*Nós que somos da luta, o que nos faz não sossegar a cabeça hoje, é a possibilidade de termos de volta os manicômios, que a gente não quer. Então, a gente precisa fortalecer realmente esses espaços das RAPS. Eu participo também aqui em Belém do Humaniza SUAS, do Humaniza RAPS, que são espaços aonde trabalhadores e usuários vão dialogando sobre a questão da saúde mental, que é para além de uma medicação, ela tem vários fatores; e a RAPS tem vários profissionais justamente para a gente compreender que não é só a medicação que vai fazer com que a pessoa melhore. Não é. Tem comprovado pelos estudiosos... O Paulo, o próprio Peter, sabem disso: a medicação vai servir por um período, mas depois não vai ter resultado efetivo se não for tratado de forma a humana para compreender. E tem outras terapias que são capazes de somar com isso, pra fazer com que você seja realmente protagonista da sua história. Eu não sei como está o meu tempo. Paulo, por favor, me avisa quando for pra acabar, pra eu fechar?*

PAULO AMARANTE (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Tá. Pode fechar. Eu acho que o Peter levantou a mão, também. Não sei se ele quer falar... Estou aqui preocupado.*

ROSÂNGELA SANTOS (ABRASME/MLNA)

*Tá. Vou fechar, então. Então, já fechando, o que eu tenho de recado pra dizer aqui da Amazônia e do lugar onde eu estou como usuária desse espaço, de usuária da política de saúde mental, é que a gente precisa, cada vez mais, se fortalecer, ser um espaço de resistência. A resistência tem que estar cada vez mais forte dentro de nós. E não poderia sair daqui sem dizer: Fora Bolsonaro! Fora esse governo genocida, que não nos representa! Muito obrigada.*

PAULO AMARANTE (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Obrigado, Rosângela. Desculpa! Estava maravilhoso ficar te ouvindo, poderia ficar te ouvindo... Foi muito bonito, e eu tinha certeza disso. Sei da importância do seu trabalho junto com a Leide. Que bom que a gente tem esse movimento, tem essas lideranças, tem essas pessoas como vocês: realmente comprometidas com a defesa da vida. Eu fiquei preocupado... Vi que o Peter Lehmann levantou a mão. Não sei se ele quer fazer algum comentário, observação ou, às vezes, a gente só clica num botão sem querer... Quer fazer alguma fala, alguma observação, Peter?*

PETER LEHMANN (LIDERANÇA - MOVIMENTOS SOCIAIS/ALEMANHA)

*Sim, sim, eu gostaria. Os pacientes precisam entender os efeitos colaterais; eu acho que isso é claro... Senão eles não podem ter o consentimento informado, o que é ilegal, pelo menos na Alemanha.*

*As pessoas precisam também entender que a expectativa de vida dos pacientes psiquiátricos com transtornos severos é duas ou três décadas menor que a da população em geral. E doenças mentais severas indicam uso de antidepressivos e neurolépticos normalmente; isso é incrível. É incrível que alguns pacientes que sobreviveram (como você e eu) precisam discutir e participar dessa Reforma. As pessoas precisam entender os efeitos. Eles precisam concordar para dar o seu consentimento, se querem ser tratadas ou não.*

*Não sei se você esteve lá desde o início, mas eu tenho o e-book que fala de informações sobre antidepressivos e neurolépticos, discutido por usuários e psiquiatras na Alemanha (não no Brasil); mas, esse livro fala que eles criam dependência, quais os efeitos colaterais... E se você não quer tomar essas drogas, bem-vindo a nossa clínica. A gente te deixa sozinho, e você pode falar com outros pacientes; e há outras alternativas. Então, o alvo principal não é o hospício, mas os direitos humanos. E a Alemanha é o único país do mundo em que o diagnóstico de psicose deve ser discutido com o paciente e você entende qual é o tratamento prescrito. Então, alguns advogados levam pessoas para as clínicas e forçam os psiquiatras a admitirem*

*para essas pessoas, porque elas não sabiam que não podiam ser tratadas contra a sua própria vontade. Isso é o que eu gostaria de falar.*

*Nós estamos no Brasil, não na Alemanha. O objetivo principal deve ser os direitos humanos; especialmente o direito de viver e acabar com essa baixa expectativa de vida, em comparação à sociedade em geral. O Brasil, em breve, passará por essa situação – e não é somente uma questão de negligência... Não é somente uma questão relacionada aos asilos, mas uma questão de sobrevivência. Esse era meu último comentário. Da minha perspectiva, gostaria muito de estar aí, pessoalmente, com vocês para esse Seminário.*

PAULO AMARANTE (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Obrigado, Peter. Eu acredito que não vai faltar possibilidade. Fizemos vários Seminários aqui.*

*Temos ainda a professora da Unifesp, a Eroy, uma pessoa militante muito importante que a gente quer ouvir.*

*Amanhã teremos uma mesa no final, que é uma mesa em que vai estar o Whitaker, que vai estar nós todos, e também a presidente da Comissão Parlamentar, da Câmara dos Deputados, nacional, Frente Parlamentar em Defesa da Reforma Psiquiátrica... É muito importante, pois nós queremos criar uma agenda política com esse tema dos medicamentos, da desmedicação, do desmame etc. aqui no Brasil. Esse é um momento importante. As suas contribuições, as contribuições de Helisleide, de Rosângela, de Eroy... E do chat! Eu nunca vi... E olha que já organizei muitas coisas... Eu nunca vi tanta gente comentando tanto, perguntando, mobilizados, elogiando sua fala, da Helisleide e a Rosângela.*

*Eu vou passar pra Eroy. Já falei da Eroy, dessa professora, minha professora de vida, de política e desse campo de relação de substâncias; também habituada mais com esse campo de substâncias ilícitas, e é a primeira vez, talvez, que esteja numa discussão sobre drogas psiquiátricas. Então, eu gostaria muito que Eroy, que representa todo um seguimento antiproibicionista no campo das drogas lícitas e ilícitas, no campo dos direitos humanos, do direito das pessoas vulneradas, das mulheres, de gênero, vários trabalhos em*

*defesa da diversidade cultural... Vou passar a palavra para a Eroy Aparecida da Silva. Eroy, por favor!*

EROY APARECIDA DA SILVA (UNIFESP)<sup>12</sup>

*Boa tarde a todos, todas e todes! Eu começo pra facilitar a questão das libras, com a minha autodescrição: eu sou uma mulher branca, 1,56 de altura, uso óculos, e trabalho como pesquisadora na área de álcool e outras drogas dentro de universidades... Mas, como gosto mesmo de me apresentar, e acho que é meu currículo maior: eu sou uma ativista social na área de direitos humanos, trabalhando em vários coletivos na cidade de São Paulo com os viventes de rua. Então, eu quero agradecer a todos por esse convite da comissão organizadora desse Seminário... Ana Paula, Fernando... E a pessoa do Paulo Amarante, este companheiro que sempre admirei e me identifiquei pelas lutas de resistência na construção, seja da reforma psiquiátrica ou da Reforma Sanitária no Brasil, e que mais recentemente, a partir de 2015, tenho tido a satisfação de estar mais perto dele, em um projeto, como ele disse, grande, de educação permanente aqui na cidade de São Paulo, na prefeitura, que foi o Rede Sampa, onde capacitamos inúmeros trabalhadores; e depois, mais recentemente, na construção do coletivo Intercambiantes Brasil em 2017, na Bahia – um coletivo antirracista, antiproibicionista, antimanicomial, em defesa de uma política sobre drogas digna e de garantia de direitos.*

*Grata, Paulo! Que você com sua experiência viva e comprometimento ético-político... Eu aprendi com professor Paulo Freire, saudoso. Ele dizia, lá naquela época, para nós que trabalhávamos com educação popular: "Presta bastante atenção se a fala das pessoas está adequada com as suas ações". Então, você, Paulo, além de nos engrandecer com sua pessoa, como militante, nos dá forças para continuar na luta pela manutenção do SUS, pela despatologização da vida, e por uma mudança paradigmática no cuidado com*

---

<sup>12</sup> Psicóloga, doutora em Psicobiologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). É Membro fundador e efetivo da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas (ABRAMD). Membro da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME). Consultora - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Consultora na Área de Álcool e Outras Drogas (Associação Fundo de Incentivo a Pesquisa – AFIP, Unidade de Dependência de Drogas).

*a saúde mental das pessoas... De olharmos para as pessoas e não para a doença.*

*Quero também cumprimentar todos esses meus colegas dessa mesa, Peter, Helisleide (que já te ouvi tantas vezes), Rosângela... Que trazem histórias verdadeiras, vivas. São vidas resilientes, vozes insurgentes, e críticas. E por que não dizer de desobediência em relação ao modelo da psiquiatria clássica de classificar, enquadrar, disciplinar, marcado sempre pelas relações de poder baseadas nas práticas medicamentosas.*

*Gente, eu estou bastante tocada com tanta potência! Potência que nasce, na verdade, do sofrimento, mas que transforma. Que renasce. E também, claro, a todas as pessoas que nos assistem. É claro que seria muito mais gostoso estar aí, abraçando vocês: Paulo, Ana, Fernando, aí no Rio de Janeiro.*

*Você controla meu tempo tá, Paulo? Problema nenhum se precisar me interromper. Assim como a Rosângela disse, a gente tem tanta coisa pra dizer, e o tempo corre. Então pode me interromper.*

*O Brasil tem uma tradição de hipermedicalização, mesmo, tanto de drogas prescritas quanto das não prescritas também. Mas, o que quero problematizar aqui dentro deste seminário, a propósito do título dele, é o contexto onde tudo isso ocorre. De onde vem isso? Ou seja, as teias culturais, médicas, econômicas, sociais, que fazem com que a população fique à mercê do entorpecimento coletivo advindo da medicação psiquiátrica, principalmente entre a população mais vulnerada (que é aquela que eu convivo já há muitos anos e quase que cotidianamente). Eu, então, quero problematizar estas questões e depois, se der tempo, apresentar duas histórias vivas de parceiros meus da rua, que me autorizaram falar, também Rosângela e Helisleide, que como vocês sacudiram a poeira e deram a volta por cima, em relação ao uso desmedido de medicação.*

*O Brasil é um país de contrastes, ambivalências, de excesso, onde a opulência convive cotidianamente com a mais absoluta miséria. Apenas 10% da população dentem os meios de produção, meu caro Peter. E grande parte da classe trabalhadora e dos vulneráveis – ou seja, pessoas vivendo em completa miserabilidade física, psíquica, econômica – passam fome, disputam osso ou fuçam lixos em busca de comida. Esse contexto certamente tem*

*relação direta na saúde mental da nossa população, que está sendo domesticada e apaziguada pelo uso exagerado e desmedido de medicação, ou seja: a medicalização da pobreza.*

*O consumo de medicamentos, de modo geral no Brasil, bate recordes, nos bens de consumo, nos lares brasileiros, assim como apontam os sindicatos dos farmacêuticos e os dados do IBGE. Isto também se aplica, meus companheiros, às drogas psiquiátricas. O uso delas já era muito alto no Brasil antes da pandemia, e nós observamos um aumento drástico, gigantesco, durante e agora pós-pandemia... Embora não possamos dizer que estamos no pós-pandemia. Os dados são imprecisos ainda pra gente, porque atualmente, nesse país desgovernado, não existe interesse dos órgãos responsáveis por saúde, no Brasil, caro Peter, em planejar mais nada, no que diz respeito à saúde pública, à saúde coletiva no nosso país. E o que nós assistimos na pandemia com a distribuição da cloroquina, da ivermectina, foi uma barbárie iatrogênica. Essa tragédia, companheiros, tem nome, como tudo que esse atual governo faz: Desrespeito, desconsideração, desproteção, descuido, e tentativas de desmantelamento das nossas políticas sociais construídas à base da nossa luta cotidiana na rua.*

*E, além disso, gente, uma palavra fundamental também deste desgoverno, que não podemos desprezar: negociata. Enriquecimento das indústrias farmacêuticas, que desde que chegaram ao Brasil em 1920, quando a população rural começa a ir pras cidades, essas indústrias farmacêuticas chegam. E segundo os dados do Conselho Federal de farmácia, do sindicato de farmacêuticos, em relação a uma análise global, no mundo, o mercado farmacêutico alcançou em 2020 um trilhão e setecentos e quarenta milhões em vendas. O mercado brasileiro de medicamentos – estas fontes, estes dados, estão disponíveis, gente, e depois eu vou deixar pra quem quiser e se interessar – o mercado brasileiro de medicamentos movimentou, a indústria farmacêutica movimentou, em 2020, setenta e sete bilhões, numa alta de mais de 8% comparado a 2019. Em 2019, o mercado brasileiro de medicamentos tinha mais de 250 laboratórios farmacêuticos regulamentados. Como vocês podem notar, caros companheiros, é um mercado milionário este das indústrias farmacêuticas, com as indústrias cooptando os médicos na venda de*

*medicações... Isso também se dá principalmente em relação aos medicamentos psiquiátricos.*

*A pandemia de covid-19, que de fato trouxe uma crise planetária, praticamente parou o mundo, confinou o mundo e impôs às famílias à convivência ininterrupta e forçada de distanciamento social; e ainda trouxe profundas mazelas sociais – como desemprego, a necessidade financeira, a luta pela sobrevivência. E, gente, nós brasileiros, para sobrevivemos a isso não tem sido fácil. E uma das pistas que confirma isso está no aumento do uso das medicações psiquiátricas, que também apresentou (de 2019 pra 2020) um aumento das vendas de medicações psiquiátricas em 14%. É uma quantidade absurda.*

*Outra questão que precisa ser mencionada é a preocupação com o aumento das vendas de medicamentos psiquiátricos porque, segundo mostram os dados da DATASUS sobre intoxicações endógenas (está disponível nos dados da DATASUS de 2020), os medicamentos psiquiátricos continuam sendo o principal causador de intoxicação. Em 2020, 23.000 casos foram notificados, e o mais grave, gente, que merece nossa atenção, o nosso debate, e a nossa problematização... O mais grave é que as pessoas têm se intoxicado de medicamentos, na sua maioria, tentando se matar. De todos os casos de intoxicação por medicamentos, desses 23.000, 72% foram tentativas de suicídio. Em 2019, por exemplo, foram registrados, segundo DATASUS, 117.357 casos de intoxicação, sendo que destes, 85.200 foram motivados pelas tentativas de suicídio.*

*Muitas pessoas costumam se automedicar, e em um dos relatos que vou ler para vocês, isso fica muito claro... Utilizando, muitas vezes, alguma forma de uso de algum familiar, que modifica as doses, a frequência da administração. A gente pôde perceber também que na pandemia, em função do distanciamento social, a legislação possibilitou aos usuários retirarem dos serviços de saúde um número maior de drogas psiquiátricas, porque estavam num maior sofrimento, precisando usá-las, mas as consequências disso são infindáveis também.*

*A gente observou (falando nessa questão de medicações psiquiátricas durante a pandemia) que, no Brasil, existe uma preocupação com o craque, com a cocaína... Mas, são drogas ilícitas. E o álcool, tabaco, medicamentos?*

*Nós estamos nas ruas, muitas vezes, assistindo a pessoa, ao mesmo tempo, com um corote de álcool e com a cartela no bolso, de medicações psiquiátricas. E a USP, Universidade Federal de São Paulo, fez um trabalho que saiu, inclusive, no jornal da USP, que entre abril e maio de 2020 (quando daquelas regras mais rígidas de distanciamento social devido à pandemia), a palavra insônia, gente, foi a mais procurada no Google. Um tema comumente associado às agruras, ao sofrimento psíquico, durante a quarentena. Então, o consumo de drogas psiquiátricas elevadíssimo, né?*

*Os estudos mostram que a prevalência dessas medicações varia de 7 a 38%, sendo que, de cada 10 adultos que recebem prescrição de benzodiazepínicos – majoritariamente indicados, seja por clínico geral, seja por psiquiatras, no Brasil –, não são orientados devidamente, na melhor forma de fazê-lo... Porque, caro Peter, um médico no Brasil tem que atender no seu horário de trabalho, às vezes, de 60 a 80 pessoas dentro de determinados serviços. Então, eu estou problematizando isso, gente, pra mostrar que existe um contexto no Brasil que contribui muito para a construção de uma cultura do uso exacerbado das substâncias psiquiátricas. Eu vou citar apenas alguns deles, mas a Helisleide e a Rosângela, nas suas falas lindas, já deixaram isso muito claro: um investimento milionário das indústrias farmacêuticas na produção midiática do uso de psicofármacos; a conivência de médicos, principalmente psiquiatras, nas prescrições exacerbadas de medicação, na patologização da vida (sendo os principais os benzodiazepínicos, os antidepressivos e os anticonvulsivantes); a manipulação de pesquisas apontando resultados superiores das medicações psiquiátricas quando comparadas a placebos; sufocamento e perseguições implacáveis de cientistas sérios que criticam e apontam os efeitos e iatrogênicos das medicações psiquiátricas.*

*Eu gostaria também de lembrar que a venda do Prozac, a indústria farmacêutica do Prozac faturou mais de 87 Milhões de dólares em apenas um ano, com a venda desta medicação. Então, meus caros, é necessário a gente debater aqui, nesse 5º Seminário internacional sobre drogas psiquiátricas, problematizar essa questão, lidar com essa questão, e também denunciar a existência de um mercado milionário de venda de medicação, incluindo principalmente as psiquiátricas, medicalizando, patologizando a pobreza. Isso*

*tudo é comparado ao faturamento do narcotráfico com o mercado das drogas ilícitas. As indústrias farmacêuticas se assemelham muito ao narcotráfico; entretanto essa última tem a chancela do Estado. As narrativas das pessoas nessa mesa aqui, gente, hoje, apontam os efeitos deletérios e iatrogênicos das drogas psiquiátricas.*

*E eu quero finalmente apresentar aqui algumas histórias sobre o uso das drogas psiquiátricas entre os viventes de rua, que ainda padecem de situação ainda mais precária, porque apresentam problemas psíquicos advindos das suas histórias de abandono, desamparo, violências (tanto intrafamiliares quanto do Estado) e que, muitas vezes, o uso da substância traz um alívio.*

PAULO AMARANTE (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Nós tivemos uma quantidade enorme de questões... Fiquei impressionado, e talvez eu vá reconhecer aqui a minha limitação em poder dar conta de tantas questões.*

*Fiz referência, hoje (acho que é legal e importante) desse livro do Babilak Bah, músico, poeta... o livro chama-se Diáspora Descontente. É muito lindo e fala sobre a questão do negro, do sofrimento, do chamado pós-abolição, do reconhecimento... Então, me tocou muito esse livro do Babilak Bah, pessoa da luta antimanicomial, da luta por esses direitos, fundador do Trem Tan Tan. E eu tinha pensado em ler antes, mas vou ler agora. Estamos falando de remédios, de medicamentos... E ele fala assim: "Não há remédio para a hipocrisia. As sobras não servem dentro das sombras. O sim não cabe no caos, na população dos concretos. O que fazer com a palavra quando ela engravida o pensamento?". Um poeta de mão cheia! Belíssimo o Babilak, e eu fiquei muito emocionado.*

*Por outro lado, recebemos várias observações. Uma delas foi enviada pelo Flávio Witlen. Ele disse que conheceu um interno do antigo Instituto Nise da Silveira (antes hospital e, agora, virou um Parque Municipal), que disse para ele, e ele guardou essa frase, e escreveu aqui no chat: "Falar é fácil e em vão, por dentro é que as coisas são".*

*Então, são muitas pessoas falando, querem saber mais da Leide, da Rosângela, onde encontram informações dos trabalhos? O que fazem? Hoje em dia, posso já antecipar, tem lives em que a Leide participa... A Rosângela, há pouco tempo, teve uma live com mulheres negras lá da ABRASME, em um encontro belíssimo no 5º fórum de direitos humanos. Querem saber da Eroy, nos comentários, muitas questões... E tem questões específicas; comentários elogiando o Seminário, dizendo que mudou a vida de muitas pessoas, que desde o primeiro Seminário estão participando...*

*Uma pessoa fala sobre antidepressivos e SRS: "eles não viciam, certo? Inclusive trazem benefícios em longo prazo no sistema límbico, evitando perdas nos neurônios, no hipocampo, e ameniza a hiperatividade da amígdala". Não sei se essa é uma pergunta... O livro do Peter teria uma abordagem sobre esses antidepressivos. Outra pergunta para o Peter, não sei se a conexão dele está sendo favorável pra gente fazer: "Dadas as evidências da suspensão das drogas psiquiátricas, não seria contraproducente manter a prescrição delas na maioria dos casos clínicos?", essa é outra questão.*

*Tem muitas questões, muitos comentários de pessoas falando, inclusive, do fechamento do hospital. Falam que é muito mais fácil para o médico prescrever e adicionar mais medicamentos porque ele ganha pacientes, ganha um certo reconhecimento, e os pacientes gostam de ser medicados... Os médicos parecem estar trabalhando, atendendo, cuidando, quando está medicando. Então, fundamental a formação profissional e pautar novas práticas, de arte, de PICS (Práticas Integrativas e Complementares em Saúde), e, fundamentalmente, de afeto. Inclusive, eu tenho chamado as PICS de PIS (Práticas Integralistas em Saúde); não acho que elas devam ser somente complementárias, e essa é uma outra luta que a gente tem que fazer. O trabalho do Irving Kirsch demonstra isso: não só complementares... Podem ser alternativas, terapêuticas em si; senão a gente acaba considerando que somente o tratamento dito biológico, médico, tradicional que é importante.*

*Tem uma pergunta mais específica pra Leide: "Quais informações e conhecimentos fora da escola formal que você acha que deviam ser incluídos na educação pública?"*

*Bem, não sei se já querem responder... São muitas questões. Então, se alguém aqui já quiser... A Edna Silva falou: "Estou emocionada com o exemplo*

*de vocês, o exemplo como mulher que representa muito em essa questão que mexe com muitas famílias, Rosângela e Leide". Então, temos aqui uma quantidade de questões, de informação... Uma pessoa disse que é sobrevivente da psiquiatria e o Seminário também mudou a vida.*

*Tem uma pergunta se há uma discussão sobre retirada de lítio. Quero dizer que esse livro do Peter, nós vamos tentar ao máximo reproduzi-lo. Tem matérias no Mad in Brasil, tem o livro do Peter Gøtzsche sobre o Guia Prático de Retirada de Drogas Psiquiátricas.*

*É importante, antes de abrir a palavra, registrar isso: nós não estamos falando em parar a substância, estamos falando em um desmame – que é uma questão séria. Se for dependência num sentido, num determinado conceito, se é vício... A questão é que não se consegue fazer a suspensão, não é correto, pode dar mais problemas, pode ser mais grave retirar uma substância que está sendo administrada no organismo durante muito tempo. Os resultados podem ser interpretados, muitas vezes, como um retorno da doença e não, por exemplo, como uma crise de abstinência, uma reação do organismo. Qualquer substância que o organismo habitue, pode haver uma maior questão. Então, quero saber se alguém entre você... Nós estamos, mais ou menos, na hora... Quem quiser fazer alguma observação, a gente pode fazer a mesma sequência. Peter.*

PETER LEHMANN (LIDERANÇA - MOVIMENTOS SOCIAIS/ALEMANHA)

*Eu não sei, eu estava ouvindo na outra salinha, eu não sei, gostaria de saber o que os outros pensam agora.*

PAULO AMARANTE (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Então, podemos, Helisleide ou Rosângela, Eroy... Querem responder ou comentar primeiro?*

HELISLEIDE BONFIM (ATRIZ/USUÁRIA DA SM/PROJETO GERAR-BA)

*Então, eu vou responder, comentar e fazer as minhas considerações finais... Quero dizer que as minhas companheiras e o Peter me fortaleceram muito com as falas delas. Acho que a gente vai se fortalecendo nessa resistência nossa. Quero falar dos meus projetos futuros... eu tenho um projeto, um curso de capacitação para todos os públicos, pesquisadores, estudantes, profissionais, usuários (o de Nós pra Nós), que eu vou abrir a turma essa semana nas redes sociais, no meu Instagram que é @helisleide. E estou aí, fazendo essa capacitação... Trabalho com a Lívia Souza, que é uma grande militante da luta antimanicomial, é atriz também, militante, assistente social e usuária; é uma mulher muito fortalecedora. A gente vai começar a fazer essa capacitação, e já fizemos em Juazeiro, na Bahia. E estou na lida da escrita do meu livro, que vou ver se dá tempo de lançar em maio.*

*Quero agradecer a oportunidade de estar aqui, a construção coletiva fortalece a luta antimanicomial, pra gente continuar nessa luta. E quero dizer que estou morrendo de saudade de Paulo... E a gente vai se abraçar e dar risada em breve, reencontrar os outros companheiros; [cantando] “Êh, companheiros e companheiras, cuida da sua liberdade, manicômio nunca mais. Êh, companheiros e companheiras, cuida da tua liberdade. É assim que a RAPS faz” (2x). Beijo a todos! Estou aqui à disposição.*

PAULO AMARANTE (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Axé!*

HELISLEIDE BONFIM (ATRIZ/USUÁRIA DA SM/PROJETO GERAR-BA)

*Axé, Paulo! Vou lhe levar um acarajé.*

PAULO AMARANTE (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Lembrar para o Peter que nós somos um povo muito musical. Muito amantes da música, da cultura, da dança. É isso.*

HELISLEIDE BONFIM (ATRIZ/USUÁRIA DA SM/PROJETO GERAR-BA)

*Sim, sim! Quero mandar um abraço pra Rosângela, pro Peter, todas as companheiras e companheiros, com falas maravilhosas! Até.*

PAULO AMARANTE (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Obrigado, Leide! Rosangela.*

ROSÂNGELA SANTOS (ABRASME/MLNA)

*Boa tarde, novamente. Foi grandioso escutar a Eroy falar. Teve uma pergunta que surgiu agora no final, que trata de quais seriam outras medidas para trazer para esse contexto. Eu sou educadora social e vivi muito na pedagogia freireana da educação popular. E eu penso que seria uma forma da gente estar trazendo para o movimento, pra luta antimanicomial, o Paulo Freire, né, como referência na educação popular para os nossos movimentos.*

*Gostaria de agradecer essa oportunidade, Paulo. E queria em outra oportunidade te conhecer pessoalmente... A gente não se conhece. Sou muito grata pelo convite e aquilo que falei anteriormente: nada pra nós sem nós! A política de saúde mental neste país está extremamente sucateada e a gente não pode deixar de forma alguma que esse desgoverno continue arrasando as nossas vidas, direitos humanos, conquistados com muitas lutas às duras penas...*

*Então, eu só tenho a agradecer. Quem quiser me encontrar, consegue me encontrar na ABRASME, com meus companheiros de ABRASME. Tem meu contato, então estou à disposição pra contribuir com a luta. Novamente eu digo: [cantando] "Pisa ligeiro, pisa ligeiro, quem não pode com a formiga não*

*assanha o formigueiro”. Que a nossa geografia não nos separe; e cada vez mais ela nos uma. Saber que nós estamos num seminário internacional... Essa luta vai para além do Brasil, ela é internacional. Que a gente não permita que essa geografia nos separe, mas que ela nos acolha, nos fortaleça, que nós sejamos resistência nessa luta antimanicomial. Grande abraço a todos e muito obrigada pelo convite.*

PAULO AMARANTE (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Muito obrigado, Rosângela querida. Lembrando pra quem não conhece que ABRASME, ela é a Associação Brasileira de Saúde Mental. Hoje tivemos a participação do presidente da ABRASME na abertura, o Leonardo Pinho, chamado de Leo Pinho, e a nossa organizadora, coordenadora do LAPS, a Ana Paula Guljor – que também é da diretoria da ABRASME com a Rosângela. Seu trabalho nos engrandece muito, Rosângela, e à ABRASME. E é muito importante isso: nós não vamos nos separar não! Eles querem fazer isso, mas nós todos vamos estar sempre lutando em defesa da Amazônia, em defesa dos povos originários, que estão sendo massacrados e destruídos nesse contexto; a destruição dos povos indígenas e da Amazônia é uma ação orquestrada de privatização, mercantilização da vida, dos recursos da natureza, de destruição da natureza. Estamos aí, em defesa.*

*Mais uma vez, obrigado! Vou passar pra a Eroy fazer suas palavras finais, considerações finais.*

EROY APARECIDA DA SILVA (UNIFESP)

*Eu estou deverasmente emocionada... E eu só tenho a agradecer. Agradecer esses resistentes da Fiocruz: Ana Paula, Fernando, Paulo Amarante. Agradecer a Rosângela, Leide, Peter. Agradecer a todos que nos ouviram e dizer, gente, em questões tão complexas como todas essas que nós estamos falando aqui, não se trata da gente ser contra ou a favor. O que está acontecendo aqui nesse Seminário é a ampliação sobre o que os diferentes paradigmas científicos produzem... Porque não há ciência absoluta. Ciência é*

*mudança, ciência é transformação, ciência é movimento. Então, a produção dessa verdade, como nos convida o Foucault, que nos dê conta não de dogmas, não apenas sair por aí, né Paulo, dizendo que nós somos contra medicação.*

*A fala da Leide foi maravilhosa! É a forma como se faz isso. Nós temos no Brasil a clínica política. Nós trabalhamos no Brasil com intervenções psicossociais, com redes de conversa, com terapias comunitárias, com as PICS, e com tantas outras possibilidades, defendendo a redução de danos, o cuidado em liberdade, uma política sobre drogas antirracista, antiproibicionista, antimanicomial. É a luta pela liberdade, a garantia da vida. E nós precisamos, todo dia quando saímos da nossa casa, como profissionais de saúde, nós perguntarmos: o que nós estamos fazendo? Com quem nós estamos fazendo? pra quem e como?*

*Muito agradecida! Gratidão, Paulo.*

PAULO AMARANTE (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Obrigado, Eroy. Então, Peter, você gostaria de dizer as últimas palavras, responder algumas questões ou só despedir? E vamos, né, desdobrar depois, amanhã na mesa de encerramento. Então, Peter, fique à vontade!*

PETER LEHMANN (LIDERANÇA - MOVIMENTOS SOCIAIS/ALEMANHA)

*Eu não pude ouvir o tempo todo porque amanhã terei uma grande conferência na qual serei presidente e ainda estou me preparando para esse encontro com alguns psiquiatras, grandes líderes de sanatórios. E a nossa ideia é tentar uma forma de influenciar os políticos, a criarem leis que forneçam aos psiquiatras uma forma mais justa de trabalho, e pague o adequado aos médicos. Que possa influenciar as organizações... E nós somos um grupo de 60 pessoas que trabalham de forma incrível, pois é incrível ver como um pequeno grupo de sobreviventes consegue dialogar com líderes da psiquiatria de modo a atuar junto às leis. E, pelo que vejo, vocês são muitos mais, e tenho*

*certeza que podem fazer mudanças mais do que significativas. Eu tenho certeza disso. Meus parabéns a todos!*

PAULO AMARANTE (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Muito obrigado, Peter! Eu sei que você lançou livro ontem na Alemanha, e está começando esse seminário... E consegui, mesmo com esse Congresso, abrir um horário pra gente, com fuso-horário distinto, que complicou... Porque, antes, nós tínhamos o horário de verão, e agora não temos mais. Então, os horários oficiais mudaram. Antes eles mudavam automaticamente, e agora não tem... Então, tivemos que atrasar o nosso horário.*

*Eu queria agradecer, mais uma vez. Fico na expectativa de podermos ver o seu livro aqui... Como poderemos traduzi-lo; é muito importante, porque é um instrumento de defesa de direitos, orientação, informação para as pessoas, de maneira séria. A gente vê, pela sua apresentação, o conhecimento que você tem como uma pessoa sobrevivente. Quando nós lançamos o livro do Robert Whitaker (A Anatomia de Uma Epidemia), eu vi alguns comentários: "Mas, ele não é médico, ele não é psiquiatra...". E eu falei: "mas ele estudou muito bem". O que importa para uma pessoa escrever um livro técnico, é que ele seja sério, trabalhe com a literatura, trabalhe com as informações de maneira correta e não tenha, como muitos livros da nossa área têm, o enviesamento do interesse mercadológico que está por aí. Então, por esse motivo, nós publicamos o livro Anatomia de Uma Epidemia, na Editora Fiocruz, e é um livro importantíssimo, uma ferramenta de defesa da cidadania, do direito das pessoas aqui no Brasil, em nosso movimento. Então, ficamos esperando.*

*Antes de encerrar, não sei se já está aí o vídeo... Quem vai botar o vídeo? Eu vou ler mais uma fala, pequenininha, do nosso poeta, o poeta que me inspirou, está me inspirando, que eu usei hoje desse livro, o Babilak Bah: "Qualquer dia, pego um avião ou barco à vela, e vou ao meu desencontro".*

*Muito obrigado, então, a todo mundo que assistiu, que participou: Peter, Eroy, Rosângela, Helisleide, Fernando, toda equipe, os tradutores, os tradutores de Libras, a equipe do VideoSaúde... Muito obrigado por tudo e até*

*amanhã, em uma nova atividade, na mesa da manhã, no dia 5 de novembro.  
Amanhã é o dia da ciência e da arte. Muito obrigado! Um grande abraço!*

Exibição do videoclipe Samba da Utopia (Composição: Jonathan Silva):

Se o mundo ficar pesado  
Eu vou pedir emprestado  
A palavra poesia

Se o mundo emburrecer  
Eu vou rezar pra chover  
Palavra sabedoria

Se o mundo andar pra trás  
Vou escrever num cartaz  
A palavra rebeldia

Se a gente desanimar  
Eu vou colher no pomar  
A palavra teimosia

Se acontecer afinal  
De entrar em nosso quintal  
A palavra tirania

Pegue o tambor e o ganzá  
Vamos pra rua gritar  
A palavra utopia

## Mesa Redonda

Determinação social do processo saúde/transtorno mental

---

VERA PEPE (DAPS/ENSP/FIOCRUZ)<sup>13</sup>

*Bom dia! Nós hoje daremos continuidade aos debates do Seminário Internacional A epidemia das drogas psiquiátricas. O tema deste seminário é muito inspirador, que é a Crise planetária: pandemia, desigualdades, neoliberalismo e patologização. E eu acho que nada é mais adequado para esses tempos sombrios, quando, mais do que uma pandemia, a gente tem uma sindemia – que é esse efeito sinérgico da pandemia com as desigualdades, que resulta numa situação bem devastadora para as sociedades, sobretudo as sociedades periféricas no capitalismo. Eu acho que, nesses tempos de ódio, de neoliberalismo, com essa crescente desresponsabilização do Estado como provedor dos Direitos Sociais, e até nesses países da América Latina e no Brasil, que a gente tem visto um corte cada vez maior dos Direitos Civis, dos Direitos Humanos, com uma violência institucional, social e doméstica cada vez maior... Eu acho que essa mesa, que hoje teremos aqui, para debater sobre a determinação social do processo de saúde e transtorno mental, é muito bem-vinda, uma vez que a gente sabe que o sofrimento, desde Canguilhem (ele já dizia isso) que o sofrimento tem sua determinação social e a gente só pode pensar alguma saída dessa pandemia se reverterem algumas dessas profundas disparidades sociais, senão nós vamos ter cada vez mais epidemias, pandemias e questões graves.*

*Então, eu tenho o prazer de apresentar dois palestrantes: o professor James Davies, que é antropólogo, professor de Antropologia Social e Saúde Mental na Universidade de Roehampton, em Londres, e a professora Esther Solano, que é uma Cientista Social e é professora adjunta da Universidade Federal de São Paulo e da Universidade Complutense de Madrid, na Espanha.*

---

<sup>13</sup> Médica, mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e doutora em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP). Pós-doutorado (USP). Pesquisadora titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (DAPS/ENSP/FIOCRUZ).

*E, vamos começar com o professor James. O professor James está com COVID. Então, nós agradecemos a presença dos dois e, sobretudo, a dele, que está numa condição um pouco delicada. Nós vamos mudar um pouco a sistematização da mesa: ele vai falar o quanto ele achar que é possível para ele falar sem estar muito incomodado, e a gente, na medida do possível, vai parar um pouco o debate, a apresentação e fazer as perguntas para que ele possa responder até onde ele aguentar. Ele se retira e nós damos continuidade com a professora Esther Solano. Então, professor James, eu agradeço em nome dos organizadores a sua presença e o senhor tem a palavra. Muito obrigada por estar aqui conosco!*

JAMES DAVIES (UNIVERSIDADE DE ROEHAMPTON/UK)<sup>14</sup>

*Muito obrigado, Vera, muito obrigado por me receber. Sim, como a Vera diz, eu tenho me sentido mal... Então, eu vou fazer o meu melhor. Desculpem-me se eu tossir, mas eu vou fazer o meu melhor. Então, obrigado por me receber.*

*A primeira coisa que eu gostaria de dizer antes de eu começar é que o que eu vou apresentar hoje é uma análise das relações entre a economia política, especialmente o neoliberalismo, e o setor da saúde mental. E eu vou me concentrar no setor de saúde mental no Reino Unido e, em menor grau, nos Estados Unidos. Eu entendo que a maioria da audiência hoje está no Brasil, e é um privilégio estar me dirigindo a vocês, mas devo dizer que meu conhecimento sobre o setor de saúde mental no Brasil é relativamente limitado. Então, o que eu vou apresentar, eu quero que vocês pensem quase como uma etnografia, um pedaço da antropologia, que está lhes mostrando como a relação entre a política econômica e o setor de saúde mental opera no Reino Unido. E eu estou esperançoso de que algumas das ferramentas analíticas que eu uso possam ser úteis para estudiosos do Brasil, para que eles considerarem*

---

<sup>14</sup> Antropólogo, doutor em antropologia social e médica pela Universidade de Oxford (UK). Cofundador do Conselho de Psiquiatria Baseada em Evidências (CEP). É professor de Antropologia Social e Saúde Mental na Universidade de Roehampton, Londres (UK) e psicoterapeuta.

*até que ponto poderiam usá-las numa análise similar, relevante para o Brasil, entre a política econômica e o setor de saúde mental, mais amplamente.*

*Para começar com a minha apresentação, eu gostaria de me referir a algo que o eminente psicólogo britânico professor Richard Bentall. Ele destacou, um tempo atrás, o vasto progresso que testemunhamos na medicina moderna nos últimos 40 anos e disse o seguinte: se uma criança contraísse leucemia na década de 1970, suas chances de sobrevivência seriam em torno de 20%; mas se uma criança contrair leucemia hoje, suas chances de sobrevivência são em torno de 80%. Isso significa que os resultados nesta área de medicamentos melhoraram em 300% apenas nas últimas quatro décadas, e este feito maravilhoso não é reservado apenas à oncologia pediátrica, uma vez que taxas impressionantes de melhorias também podem ser encontradas em quase todas as outras áreas da medicina. Eu digo em “quase todas as outras áreas”, pois infelizmente existe uma exceção: a área de psiquiatria, em saúde mental. Infelizmente, nesta área, a área em que trabalho, não só há resultados clínicos amplamente estagnados ao longo do mesmo período de tempo, mas de acordo com algumas medidas, eles têm realmente piorado... Por exemplo, a eficácia das drogas psiquiátricas não aumentou de fato desde a década de 1980, apesar dos bilhões gastos em pesquisa, marketing e promoção. Ao mesmo tempo, as taxas de invalidez por saúde mental quase triplicaram em décadas recentes, enquanto a prevalência de problemas de saúde mental aumentou quatro vezes, apesar dos níveis de bem-estar geral na comunidade não necessariamente terem piorado.*

*Além disso, para pessoas diagnosticadas com graves problemas de saúde mental, a lacuna entre a expectativa de vida delas e a de todos os outros aumentou nas últimas décadas de 10 para 20 anos. Agora, essas estatísticas terríveis existem, apesar de termos investido mais de um quarto de trilhão de libras no Reino Unido em serviços de saúde mental desde a década de 1980, e apesar de quase um quarto da nossa população adulta, agora, estar recebendo algum tipo de intervenção em saúde mental a cada ano.*

*Portanto, para entender o que pode ter dado tão errado, eu quero primeiro tomar uma rota aparentemente pouco convencional. Quero levar-nos de volta a agosto de 1844, quando dois jovens intelectuais, com seus vinte e poucos anos, se encontram em uma cafeteria em Paris (o Café de la régence),*

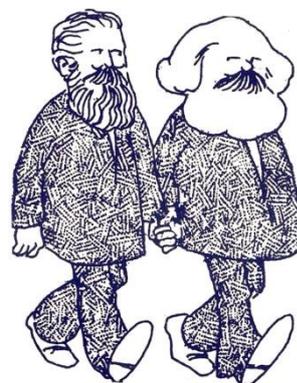
*para discutir uma terrível epidemia que foi varrendo a Europa, uma vez que enraizada no industrialismo crescente e voraz da época. Para eles, a industrialização estava deixando as pessoas doentes, de tão exploradora que era. Os capitães da indústria estavam pagando salários com os quais era impossível de se viver, com as pessoas em péssimas condições de trabalho para inflar as margens de lucro. Então, os dois homens estavam convencidos de que esses arranjos de exploração se tornaram tão normalizados na população, que as pessoas perderam o contato com seus direitos humanos essenciais e suas necessidades – o que os deixava em um estado de apatia política, onde eles não acreditavam mais que poderiam lutar por um mundo melhor; e neste estado desmoralizado, tudo o que permaneceu para eles foram ilusões calmantes, sedativos para compensar a dor da opressão que eles suportavam.*

*Os dois homens no café parisiense eram, é claro, Friedrich Engels e Karl Marx. E aqui, na figura ao lado, a gente pode vê-los quebrando os regulamentos da COVID, se encostando [risos].*

*No momento do primeiro encontro, Marx já tinha começado a identificar o que ele considerava ser um dos sedativos mais potentes da época: as religiões organizadas.*

*Marx argumentou que a religião, ao ensinar às pessoas que o que elas estão sofrendo nesta vida seria recompensado numa próxima vida, era o mesmo que instruir estas pessoas – que geralmente eram as mais desfavorecidas – a aceitarem e suportarem, ao invés de lutar e reformar as nocivas realidades sociais que as oprimia.*

*Como a religião sedava a angústia e, assim, impedia as pessoas de participar da ação política, ele se referiu a isso como “o ópio do povo” – um sedativo ideológico poderoso o suficiente para desativar o impulso humano de reforma social. Embora a maioria dos estudantes de sociologia estivesse familiarizada com essa crítica de Marx, não podemos esquecer o quão radical isso era na época. Na verdade, o que seus primeiros escritos sobre religião ajudaram a estabelecer foi um estilo inteiramente novo e duradouro de análise*



*nas ciências sociais, implantada por pensadores de esquerda e direita. O olhar se concentrava em observar como as principais instituições da sociedade (religião, educação, direito, mídia) sempre se adaptam ao que o paradigma econômico do dia exige delas, entrando em vigor para servir à vontade da economia. E isso foi particularmente verdadeiro para instituições como a religião, que explicavam e administravam diretamente o sofrimento humano. Depois que um número suficiente de pessoas começou a sofrer sob um determinado conjunto de arranjos econômicos, esses arranjos não sobreviveriam por muito tempo... As pessoas iriam desafiá-los através do processo democrático, através da oposição organizada ou, quando tais processos falhassem, através de desobediência civil.*

*Consequentemente, essas instituições sociais responsáveis por gerenciar o sofrimento mental eram criticamente importantes para os objetivos de qualquer economia. Eles tinham o poder de difundir emoções politicamente perigosas, sedando os sofrendores para os verdadeiros motores sociais de sua angústia e distraíndo-os do que deveriam ser os verdadeiros alvos de sua reforma.*

*Agora, a razão pela qual fiz esse desvio para os salões de Paris do século XVIII, é porque acredito que as ideias que chocaram naquela época, podem nos ajudar a explicar, de alguma forma, o fracasso do nosso setor de saúde mental em melhorar seus resultados desde a década de 1980, durante o período que foi chamado de capitalismo tardio ou neoliberalismo. Em outras palavras, quero explorar como, desde a década de 1980, nosso setor de saúde mental, lutando para prosperar sob um novo conjunto de arranjos econômicos neoliberais, inadvertidamente se adaptou para atender às necessidades de nossa economia, mas à custa de gerar os bons resultados clínicos que todos queremos e merecemos. Para entender a dinâmica por trás desse alinhamento ideológico entre o neoliberalismo e o setor de saúde mental, quero começar discutindo o que é, de longe, a mais dominante tendência no setor da saúde desde a década de 1980 – que tem sido chamado de supermedicalização de nossas vidas mentais e comportamentos emocionais.*

*Desde a década de 1980, sob o controle da profissão da psiquiatria, o setor de saúde mental vem renomeando progressivamente, cada vez mais, as nossas respostas humanas, que eram naturais e normais, ainda que dolorosas*

*(as dificuldades de viver), como “transtornos mentais” que requerem intervenção psiquiátrica, ou seja, as medicalizou progressivamente. E conseguiram isso através de manuais de diagnóstico, como o DSM – o livro que lista todos os transtornos mentais que a psiquiatria acredita existir. E no caso do DSM, como muitas pessoas sabem agora, testemunhamos uma rápida expansão no número de transtornos mentais que ele contém: de cerca de 106, na década de 1970, para cerca de 365 hoje. Além disso, esses manuais reduziram progressivamente o nível do que é classificável como um transtorno mental hoje, tornando muito mais fácil para qualquer um de nós recebermos classificação como doente mental.*

*Expandindo a definição de transtorno mental para abranger mais domínios da experiência humana, o setor não apenas reconfigurou a forma como respondemos ao sofrimento nos ambientes de saúde, mas também como respondemos ao sofrimento no mundo social mais amplo, seja nas dificuldades comportamentais na escola, ou no baixo desempenho no trabalho, no luto de uma perda significativa, nos efeitos do desemprego, da discriminação, do abuso, trauma, racismo, pobreza ou exclusão social. Estas são apenas algumas das múltiplas experiências humanas dolorosas, agora, passíveis de enquadramento psiquiátrico e intervenção de drogas psiquiátricas.*

*Então, essa supermedicalização foi claramente inscrita e promovida pela mesma indústria que quer se beneficiar com isso (a indústria farmacêutica), que conspirou com a expansão do DSM a cada passo... Hoje é quase do conhecimento geral que a maioria dos psiquiatras que escreveram o DSM tinha vínculos financeiros com a indústria farmacêutica, incluindo as últimas três presidências anteriores.*

*E aqui está um estudo interessante que analisa o número de pessoas que trabalharam na construção do DSM-4 e tinham vínculos com a indústria. Ele mostra que nas comissões que decidiam os diagnósticos para os quais os medicamentos seriam a primeira linha de tratamento, todos os psiquiatras tinham vínculos financeiros com a indústria farmacêutica. Uma das figuras mais importantes na criação do DSM, o Dr. Robert Spitzer (criador do DSM-III), reconheceu que a indústria farmacêutica estava encantada com o DSM, presumivelmente porque ele criou um mercado vasto e altamente lucrativo e em grande avanço para seus produtos.*

*Então, agora me deixem dar alguns exemplos de como a indústria farmacêutica promoveu o DSM e, portanto, a supermedicalização da vida. O primeiro exemplo diz respeito a algo que encontrei em Nova Iorque, em 2014, enquanto, em uma noite, eu me preparava para uma palestra que iria ministrar na Universidade de Columbia. A palestra era sobre a construção do DSM. Eu estava procurando os números de vendas do DSM, quando fiquei surpreso ao descobrir que o livro mais vendido na amazon.com na época, o livro mais vendido na América era o DSM-5. E mais do que isso, o DSM-5 estava entre os 10 livros mais vendidos desde sua publicação seis meses antes. Para dar a você uma noção de escala, o DSM era o primeiro da lista, enquanto “Harry Potter” era o número seis e “Cinquenta tons de cinza” era o número nove. O que me atordoou ainda mais foi que o DSM-5 não era barato... Na verdade, uma cópia em brochura na Amazon custava 88 dólares. Então, quem estava comprando este vasto e caro dicionário de sofrimento?*

*No dia seguinte, eu fiz essa pergunta para uma professora de Psicologia que eu estava entrevistando na Universidade de Nova Iorque. Ela me disse que, enquanto realizava pesquisas no setor de cuidados primários do Estado de Nova Iorque, ela descobriu por que as vendas do DSM eram tão altas. Ela disse que, no fim das contas, a indústria farmacêutica está comprando o DSM a granel e distribuindo cópias gratuitamente para médicos de todo o país, e por isso, o número de vendas estava subindo. Para ela, era óbvio por que a indústria farmacêutica fazia isso: já que quase qualquer tipo de sofrimento é capturado pelo DSM, disseminar isso é bom negócio... Aumenta as taxas de diagnóstico e, com isso, as prescrições.*

*Mas, vamos agora considerar outro exemplo, desta vez aqui do Reino Unido, que diz respeito ao questionário de depressão, o PHQ-9, que tem sido um dos documentos mais influentes em todo o nosso setor de saúde mental, que tem sido usado na atenção primária por mais de 15 anos para ajudar clínicos gerais a avaliarem se uma pessoa está ou não deprimida e, em caso afirmativo, quão severamente. Agora, a principal crítica ao PHQ-9, é que ele define um padrão muito baixo para ser o que é ser considerado deprimido, e receber a prescrição de uma droga. E mais: as dezenas de milhões de pessoas que preencheram este questionário e obtiveram drogas como consequência (quase certamente) não sabiam que esse questionário teve o seu*

*desenvolvimento e distribuição em todo o Sistema Nacional de Saúde pagos pela Pfizer Pharmaceuticals, detentora dos direitos autorais do PHQ-9 – e que, aliás, fabricava dois dos medicamentos ansiolíticos e antidepressivos mais prescritos no Reino Unido. Então, aqui temos uma empresa definindo um parâmetro muito baixo para receber uma droga, mas ao mesmo tempo produzindo, vendendo e lucrando com essa droga. Os conflitos de interesse estão lá, para todos verem.*

*A supermedicalização, portanto, abriu a porta para a mercantilização desenfreada do nosso sofrimento, transformando nosso sofrimento em uma oportunidade de mercado vibrante e lucrativa. Isso criou um vasto mercado para as drogas psiquiátricas, que agora valem mais de 25 bilhões de dólares a cada ano. Os principais benfeitores deste mercado, um mercado que foi incidentalmente se espalhando por muitos anos no Brasil, tem sido as empresas farmacêuticas, seus acionistas, às vezes alguns aliados políticos, e aqueles psiquiatras e organizações que estiveram em amplo recebimento de dinheiro da indústria na forma de honorários de consultoria, honorários de palestrantes, patrocínio, doações, financiamento de pesquisa e outras contribuições e honorários profissionais... E todos os tipos de remuneração que a pesquisa demonstrou, de novo e de novo, destinatários tendenciosos em favor dos produtos da indústria.*

*Enquanto a mercantilização da angústia do ser humano provou ser muito lucrativa para todas as seções das comunidades psiquiátricas corporativas e políticas, rentabilizando com sucesso a gestão da angústia humana, os próprios consumidores de quem todo esse lucro é derivado podem, muito bem, ter motivo para reclamação, dada a baixa eficácia da maioria das drogas psiquiátricas em comparação com o placebo.*

*A falta de conflitos de interesses declarados, a corrupção dentro da base de evidências, toda a venda que subestima os danos e a forte associação ao uso de drogas psiquiátricas em longo prazo, que vai proliferando na sociedade e piorando resultados clínicos... Mas, é claro que a difusão da medicalização do sofrimento se encaixou com outros objetivos do capitalismo tardio, não só a mercantilização. Por exemplo: no mesmo ano em que Ronald Reagan se tornou presidente, com Margaret Thatcher se tornando a primeira-ministra do Reino Unido no ano anterior, a psiquiatria começou, pela primeira vez, a*

*reclassificar o baixo desempenho no trabalho – ou o que chamou de disfunção ocupacional –, como sintoma chave de transtorno mental. Se você experimentasse relações de trabalho conturbadas, se você não tivesse motivação no local de trabalho, ou se você simplesmente trabalhasse em um nível considerado abaixo do esperado, você teria uma pontuação alta na escala de avaliação de doenças mentais chamado de GAF (Global Assessment of Functioning), tornando-o mais suscetível ao diagnóstico e tratamento psiquiátricos. O novo projeto da psiquiatria para medicalização do trabalhador com baixo desempenho era alinhado perfeitamente, é claro, com uma pilar central de política neoliberal de “reaganita” e “thatcherita” – que significava aumentar o que chamavam de produtividade do trabalho. E no gráfico que demonstra a produção de cada trabalhador por hora de seu trabalho, podemos ver a produtividade do trabalho aumentando assim que ambos chegam ao poder.*

*Enquanto os governos neoliberais inspiravam as pessoas a melhorarem a produtividade no trabalhador com novas políticas sociais, psiquiatras e empresas farmacêuticas prometiam melhorar a produtividade do trabalhador alterando a dinâmica: combatendo humores mais tristes, motivações pobres como se fossem doenças, considerando-os como uma ameaça à ordem econômica. E esta patologização de qualquer estado emocional economicamente improdutivo não só se sintonizou com o novo zeitgeist neoliberal, mas também viu empresas farmacêuticas comercializando pílulas como corretivos econômicos. Os relatos de Eli Lilly (fabricante do Prozac) argumentavam que o Prozac é bom porque economiza dinheiro dos empregadores, é bom para a economia... “se você quiser reduzir custos, distribua esta droga”. A Organização Mundial da Saúde fez o mesmo no início dos anos 2000, dizendo que a forma de enfrentar pobreza é divulgar melhor as drogas psiquiátricas para tornar as pessoas mais adaptáveis ao trabalho – esse era um tópico dominante naquela época.*

*Agora, com tudo isso definido, um legado que ainda impulsiona nossa política de saúde mental hoje, as intervenções em saúde mental implementadas pelo governo são aquelas que professam resolver, mas acabam gerando, antes de tudo, problemas econômicos. E no meu livro eu escrevo sobre o que o Programa Nacional de Terapia do Reino Unido (o*

*chamado I-ACT), e como esse programa foi implementado apenas porque prometeu reduzir as leis de deficiência, de desemprego e promete trazer as pessoas de volta ao trabalho mais rápido e, o que era sua razão de ser, aumentar a produtividade... Não para facilitar o florescimento da performance humana, mas para apoiar a economia; é por isso que foi financiado.*

*Então, a ideia de que drogas e intervenções em saúde mental podem servir para aumentar produtividade tornou-se muito popular a partir da década de 1980 em diante, e isso transformou a política de saúde mental. Mas, outra área-chave, onde a medicalização se choca com interesses econômicos, está em seu alinhamento com o que chamamos de individualismo – a ideia de que o indivíduo é o arquiteto soberano de seu próprio destino e, a pessoa que você é tem pouco a fazer com as circunstâncias em que você foi criado; e, também, o entendimento de que a boa vida é principalmente alcançada através de feitos heroicos de esforço individual e não através da ação coletiva, união e apoio. A partir deste ponto de vista, o sucesso é visto como o resultado de ter qualidades individuais excepcionais (em vez de privilégios e vantagens excepcionais), enquanto o fracasso é visto como enraizado em déficits pessoais, ao invés de falta de oportunidade, desigualdade ou apoio social.*

*Isso aconteceu na década de 1980, mais relacionado a falhas pessoais ao invés do sistema. Não só ajudou a justificar o corte de muitas proteções sociais de bem-estar dos trabalhadores, mas também nutrir profundo quietismo político na população, quando se trata de como entendemos e gerenciamos o fracasso e o sofrimento emocional.*

*O sofrimento mental já não era visto como o protesto do organismo contra as dificuldades nas... Condições sociais que nos detiveram... Condições que precisavam ser corrigidas. E esta era uma ideia popular nos lugares mais socialmente democráticos dos anos de 1960 e 1970. Mas, a partir da década de 1980 em diante, isso foi substituído pela ideia de que o sofrimento é, na verdade, um indício de disfunção interna que precisa de tratamento. Esta mudança para favorecer à autorreforma por meio de intervenções medicamentosas, acima da reforma social por meio de intervenções políticas, foi simbolizada quando o congresso dos EUA, na década de 1980, cortou o financiamento para serviços comunitários de saúde mental e benefícios, bem ao mesmo tempo em que dobrou o financiamento de pesquisa para*

*tratamentos psiquiátricos biológicos. Também testemunhamos um movimento semelhante no Reino Unido, onde o projeto de cuidar das pessoas na comunidade tornou-se o mesmo que administrar a medicação dos pacientes na comunidade.*

*Todas essas mudanças se encaixaram com outra função central do setor de saúde mental, que veio para servir bem ao neoliberalismo: enquadrar o sofrimento de maneira que protejam a ordem econômica atual de críticas, menosprezando aspectos sociais e políticos enquanto causas de sofrimento, algo conhecido como despolitização. Para lhes dar alguns exemplos de como a despolitização opera no setor de saúde mental, vou falar sobre uma pessoa, o Dra. China Mills, que é professora associada em Saúde Mental Global na Universidade de Londres, aqui no Reino Unido. Eu a entrevistei... Conversamos quando eu realizava a pesquisa para o meu livro. Durante nossa conversa, em maio de 2019, ela me proporcionou um potente exemplo de como a despolitização funciona, a partir de seu trabalho de campo na Índia central. Isso tinha a ver com a terrível epidemia de suicídios de fazendeiros que arruinou a Índia Central entre 2000 e 2010. Acontece que foi uma epidemia largamente causada por políticas sociais ruins. Nessa época, companhias agrícolas multinacionais estavam tentando criar novos mercados na Índia para seus produtos, e elas assim faziam, substituindo o cultivo tradicional que os agricultores sempre usaram por plantas geneticamente modificadas, que não produziam nenhuma semente – o que significava que os fazendeiros locais não poderiam continuar guardando suas sementes para o cultivo do próximo ano, como sempre faziam. Em vez disso, agora eles teriam que comprar plantas caras anualmente das multinacionais, e isso levou muitos deles a dívidas esmagadoras e à pobreza.*

*Como resultado, como a pesquisa indicou, centenas de milhares de fazendeiros se mataram pelo estresse causado por isso (na maioria das vezes, pela ingestão de pesticidas tóxicos). Mas, diante desses terríveis suicídios, ao invés de desafiar as multinacionais, o Estado indiano decidiu enviar grupos de psiquiatras e psicólogos para enfrentar o que agora era visto como uma epidemia de doenças mentais. E também lançou uma campanha com a Organização Mundial de Saúde para tornar os antidepressivos mais acessíveis aos fazendeiros. E essa campanha foi, também, parcialmente financiada por*

*essas multinacionais agrícolas. Era como se a solução primária para a epidemia de suicídios fosse psiquiátrica, ao invés de política, disse professora Mills. Em momento algum o suicídio foi visto como uma resposta desesperada a uma situação tornada insuportável pelas multinacionais. Esse uso indevido da narrativa de doença mental, penso eu, ilustra a essência de como a despolitização funciona. Ela transforma efetivamente os problemas sociais em disfunções internas, fazendo do self o lugar de reforma e, deste modo, exonerando arranjos sociais corporativos ou políticos prejudiciais, e assim, por consequência, ajudando a nulificar, nas pessoas, as forças que impulsionam a mudança social.*

*Mas, a despolitização claramente não é um problema apenas na Índia; certamente também opera no Reino Unido, nos Estados Unidos, em outros lugares, sem dúvida... Também, cada vez mais, em lugares como Brasil. Para ilustrar isso, eu quero trazer o segundo exemplo, que considera o crescente problema da insatisfação do trabalhador no Reino Unido... Um problema que também é despolitizado, agora. Para introduzi-los a esse problema, eu gostaria que vocês considerassem um acontecimento que ocorreu em Janeiro de 2015, onde muitos passageiros no metrô de Londres encontraram cartazes curiosos sobre seus assentos, trem após trem. Os passageiros leram, nos cartazes, o seguinte: “é como se tivesse alguém lá fora, inventando empregos sem sentido para manter todos nós trabalhando”; “As pessoas passavam seus dias realizando tarefas que elas, secretamente, pensavam que não precisavam ser exercidas”; “Como alguém consegue falar sobre dignidade no trabalho quando, secretamente, sente que seu trabalho não deveria existir?”. Por que se esperaria que a maioria das pessoas sorrisse normalmente, ainda mais para uma coisa estranha dessas, no metrô de Londres? Não foi bem assim que as coisas aconteceram. Os cartazes começaram uma tempestade na mídia social, milhares de pessoas postaram as imagens dos cartazes e discutiram online sobre isso.*

*Na mesma época em que os cartazes surgiram no metrô, eu estava envolvido em uma pesquisa da Universidade de Exeter, no Reino Unido, para explorar a relação entre saúde mental e o equilíbrio da vida profissional. Como parte da minha contribuição, eu estava revisando a literatura da pesquisa a respeito da insatisfação dos trabalhadores, e encontrei algumas estatísticas*

*preocupantes. Por exemplo, cerca de 2/3 dos empregados do Reino Unido se percebem insatisfeitos e/ou emocionalmente desengajados com o trabalho que fazem – em outras palavras, eles o acham sem sentido. Cerca de 40% acham que seus empregos não contribuem significativamente em nada para sociedade. E, durante a pandemia, no Reino Unido, ouvimos muito sobre como a saúde mental das pessoas piorou por causa da pandemia, mas isso é apenas parte da história. Um estudo publicado recentemente informou que 1/3 da população do Reino Unido relatou melhor saúde mental e maior bem-estar como consequência da pandemia. E também apenas 9% deles indicou que queria que a vida voltasse normal depois da pandemia. Qual foi o principal motivo para este impulso no bem-estar? Era estar livre de fazer trabalhos dos quais não gostavam, que achavam chatos, desengajados e deprimentes.*

*Portanto, a insatisfação do trabalhador está em níveis epidêmicos em lugares como o Reino Unido e nos Estados Unidos... Está piorando desde a década de 1980 por uma série de razões, e ficou tão ruim que a pesquisa está olhando, agora, quanto está custando à economia britânica, e está entre 30 e 40 bilhões de libras por ano, dependendo do estudo que você consultar. E está custando aos empregadores tanto dinheiro, que eles agora estão começando a tentar fazer algo sobre isso; e eles fazem isso se voltando para organizações como as consultorias de saúde mental. São cerca de 80 dessas organizações só na Inglaterra. Elas se vendem como a solução à perda de produtividade do trabalhador causada por saúde mental precária.*

*E, o que essas consultorias fazem em grande parte é treinar funcionários para que possam identificar outras pessoas que considerem sofrer de doença mental, e eles dão listas do que procurar. E eu mesmo fiz um desses treinamentos... E me foi ensinado o que identificar nos colegas de trabalho. E aqui está uma lista do tipo de coisas que fomos ensinados a identificar nos colegas de trabalho... Estas são as coisas que parecem ser indicadores de doença mental: aumento de faltas injustificadas ou atestados médicos, baixo desempenho ou manejo do tempo, má tomada de decisão, falta de energia, comportamento pouco comunicativo ou temperamental. Agora, a empresa que oferece isso, não fornece nenhuma razão que justifique que essas experiências sejam lidas como sintomas de doença. Isso é tão surpreendente quanto o fato*

*de que nenhum dos resultados remonta a algum critério diagnóstico oficial, critérios para depressão, por mais problemáticos que sejam esses critérios.*

*O que é ainda mais surpreendente é que todas dessas experiências poderiam ser melhor interpretadas de forma não médica, como sinais clássicos de insatisfação do trabalhador e desengajamento. Isso não é doença mental. Em outras palavras, é isso que as pessoas experimentam quando não gostam de seus empregos. Então, o que temos aqui é uma ressignificação da insatisfação do trabalhador como um problema de saúde para o qual o indivíduo é, em grande parte, responsabilizado. Mas, o que é ainda mais preocupante sobre esta crua medicalização do sofrimento do trabalhador, é que quando nossa agência governamental de saúde pública da Inglaterra encomendou a primeira grande inspeção nestas consultorias, eles não encontraram nenhuma evidência de que elas melhoraram diretamente a produtividade do trabalhador, que aumentaram o bem-estar da equipe ou que pouparam um único centavo dos empregadores.*

*Apesar de não haver suporte para a eficácia dessas intervenções, elas estão se espalhando pelo Reino Unido. Por quê? Bem, meu argumento é que essas consultorias são tão populares, não porque elas melhoram as coisas, mas porque elas controlam a narrativa sobre o que causa sofrimento no local de trabalho e insatisfação. Elas controlam essa narrativa de uma maneira que é altamente atraente para os empregadores, localizando a angústia no local de trabalho dentro de doenças individuais, em vez de dentro de processos institucionais, absolvendo, assim, o próprio local de trabalho da responsabilidade e, ao mesmo tempo, proporcionando aos empregadores, com cobertura moral, uma forma de eles reivindicarem de boa-fé que estão levando a sério os problemas de saúde mental no trabalho.*

*As consultorias também recebem bons apoios e financiamento do nosso governo, porque elas vendem a ideia de que nosso sofrimento no trabalho tem mais a ver com uma crescente epidemia de doenças mentais (assim como vimos acontecer na Índia), do que com quaisquer problemas estruturais mais amplos em nossa economia, tal como salários estagnados, aumento da desigualdade salarial, aumento do curto prazo no mercado de trabalho, erosão das proteções trabalhistas sindicalizadas, aumento das horas de trabalho, pressão crescente para mulheres em dupla jornada, menor segurança e maior*

*precariedade no emprego, a rápida expansão do setor de serviços – que a maioria das pessoas considera como os que proporcionam menos satisfação.*

*No entanto, a despolitização do sofrimento para proteger as condições econômicas do mundo moderno na vida de trabalho não só permeia nossos locais de trabalho, como também colore todas as instituições sociais que lidam com saúde mental. Basta considerar, por exemplo, como aumentar diagnósticos de doenças mentais em nossas crianças em idade escolar é significativamente incentivado – isso eu argumento em minha pesquisa – pelas terríveis pressões às quais as escolas modernas estão sujeitas. Enquanto, por um lado, os recursos escolares estão cada vez mais esgotados, devido a anos de austeridade, por outro lado, as escolas estão sob uma pressão cada vez maior para cumprir uma série de metas governamentais estabelecidas por organizações no Reino Unido (as chamadas Ofsted - Office for Standards in Education). Sendo forçadas a terem sucesso, estando sob crescentes dificuldades financeiras, as escolas têm tentado encontrar uma saída, e muitas o fizeram alavancando os rótulos de doenças mentais, pois estes proporcionam financiamento adicional para as salas de aula, além da concessão de subsídios especiais para tabelas de classificação da Ofsted.*

*Vamos considerar, aqui, como a narrativa da doença mental está sendo usada para distrair das verdadeiras razões para o crescente desânimo e depressão em nossa população de estudantes de graduação – que é muito maior do que era há 15 ou 20 anos, principalmente porque, hoje, os estudantes de graduação sentem que estão entrando em um mundo muito menos benevolente, onde eles possuem grandes dívidas estudantis para pagar, perspectivas reduzidas de possuir uma casa, onde o mercado de trabalho é mais competitivo, onde os salários estão estagnados, onde as carreiras longas estão desaparecendo... Apesar das razões econômicas óbvias para o maior desânimo nos estudantes de graduação de hoje, a narrativa em torno do agravamento da saúde mental dos alunos é ainda mais despolitizada; o clamor é por mais serviços de saúde mental, mais consultorias de saúde mental, não por uma reflexão séria e reforma das políticas sociais prejudiciais que amorteceu as esperanças e sonhos dos estudantes. Eles se sentem atados... Este último domínio parece grande demais, imutável. Então, em vez disso,*

*focamos na saúde mental dia e noite, em horas de relaxamento e melhor acesso a clínicos gerais.*

*Então, deveria ter sido uma conversa nacional sobre onde a política neoliberal tem efeitos emocionais corrosivos em nosso setor público, em nossas escolas, em nossos locais de trabalho, em nossas universidades e na economia mais ampla... Mas, em vez disso, tornou-se uma conversa sobre a crescente epidemia de doenças mentais em todos esses domínios da vida moderna. Uma conversa muitas vezes envolta em apelos hipócritas e conspícuos por mais provisão de saúde mental, menos estigma, mais conversa sobre saúde mental, que está em pedidos cada vez mais altos por mais das coisas que causam as mesmas falhas.*

*Ok, eu tenho, talvez, quatro minutos restantes, se estiver tudo bem. Então, é claro que eu poderia dar muitos outros exemplos de como ideias de saúde mental desviam a atenção das políticas sociais ruins, silenciando inconvenientes discussões políticas e públicas, e transformando problemas sociais em problemas de saúde mental a serem gerenciados por clínicos e não por políticos. É claro que eu poderia fazer isso, mas em vez de fazer isso, eu quero destacar uma característica final da despolitização que não recebe a atenção que merece: a descoletivização.*

*Ao varrer as causas sociais do sofrimento para os cantos privados do sul, nosso setor de saúde mental está ajudando a sufocar a ação comunitária e coletiva. Tratar as pessoas isoladamente de sua comunidade, alienando-as dos fatores sociais de sua angústia, neutraliza o impulso para a reforma social. Afinal, apenas quando os grupos se reúnem e reconhecem como suas experiências de angústia são compartilhadas a ação política se torna possível. Angústia compartilhada ou sofrimento social, como os antropólogos o chamavam, é o que motivou o movimento pelos direitos civis dos anos 1960, o movimento de libertação das mulheres dos anos 1990, o movimento pelas vidas negras de hoje... Nestes e em inúmeros outros casos, reconhecer as raízes – muitas vezes comunitárias – da dor foi o primeiro passo na organização para a mudança social. Mas, ao dispersar nossa angústia em diferentes disfunções autorresidentes, nosso atual setor de saúde mental simplesmente espalha e diminui a experiência coletiva. Os testes diagnósticos substituem os testes políticos, na medida em que nos identificamos com um*

*determinado coletivo de pacientes mentalmente doentes e não com uma causa social específica.*

*Para concluir, o alinhamento de nosso setor de saúde mental com o neoliberalismo, na minha visão, nunca foi intencionalmente planejado nos bastidores. A verdade real, na minha visão, é muito menos atraente. Nosso sistema de saúde mental, como a maioria das outras grandes instituições sociais, simplesmente veio para abraçar as ideias e práticas que melhor garantiram sua própria perpetuação. Tornou-se o que é e continuou a prosperar e expandir, apesar de seus resultados ruins, seguindo o caminho de menor resistência, movendo-se com a maré neoliberal dominante, em vez de desafia-la.*

*Como Michel Foucault uma vez colocou: o poder político abraça as ideias e práticas que melhor atendem aos seus próprios objetivos e interesses, ideias e práticas que moldam a realidade no terreno. Portanto, as intervenções e ideias que são financiadas e implementadas são as que acendem as paixões ideológicas daqueles com o poder de tomar a decisão. A grande falha em nossos serviços, então, está tanto com aqueles que financiaram ideias ruins quanto com aqueles que inicialmente as inventaram, e depois as comercializaram de maneiras politicamente atraentes. Infelizmente, o resultado dessa aliança mutuamente benéfica tem sido contínuos resultados ruins, danos crescentes e desilusão pública, também como a série quase interminável de falhas de serviço dispendiosas, que testemunhamos em todos os lugares em nosso setor de saúde mental hoje.*

*Então, assim como a religião serviu ao capitalismo industrial nos meados de 1800, nosso setor de saúde mental hoje desempenha uma função semelhante no neoliberalismo. As intervenções de saúde mental, que têm sido preferidas desde a década de 1980, são as que medicalizaram, patologizaram, despolitizaram, mercantilizaram e individualizaram nosso sofrimento mental, roubando de nosso sofrimento sua capacidade de iluminar males sociais, galvanizar ação social e facilitar duradouras e significativas mudanças pessoais e sociais. Muito obrigado por escutarem!*

VERA PEPE (DAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Obrigada, Dr. James! Nós tivemos aqui várias manifestações. O Sr. trouxe para nós uma discussão muito pertinente, que não diz respeito somente à área da saúde mental, mas à área, à prática médica, digamos assim, que são esses motores da medicalização. Como diria Peter Conrad, a prática médica, como um todo, tem uma sobredeterminação... Vários fatores sociais e econômicos. Então, acho que o Sr. trouxe um pouco essa discussão no seu livro “Sedated”, que vale a pena para quem puder olhar com calma, a discussão da medicalização e do sofrimento e essa individualização do sofrimento.*

*Então, eu queria colocar alguns comentários, um pouco nessa direção. Alguns são sobre a formação e a atuação dos psiquiatras, assim: “Até que ponto essa formação despolitizada aumenta os lucros da indústria farmacêutica?” E eu acho que isso é uma discussão também, que o Sr. traz, que é muito importante... Que o sofrimento dá lucro. Nessa nossa realidade neoliberal, o sofrimento é um fator de lucro. Não é à toa que a indústria farmacêutica é uma das Indústrias com o maior poderio econômico, e só vem depois do setor de armas, de armamentos no mundo. E a saúde mental é uma área importante para o desenvolvimento de medicamentos que, não necessariamente, serão melhores uns do que os outros, não é? É só uma forma de colocar novos medicamentos no mercado para ter novos lucros. Então, eu acho que essa é uma questão que apareceu aqui, essa questão da formação dos psiquiatras e profissionais que trabalham nessa área.*

*Uma observação que a Cláudia Aguiar colocou aqui: “Não é só a indústria farmacêutica, mas também, desde pequenas, as crianças ganham bonecos e bonecas... Onde você tem todo um conceito por trás disso (de beleza, de felicidade)”. Acho que foi outra coisa importante que o Sr. colocou aqui... Que é essa individualização do sofrimento. E a precarização do trabalho... A gente tem visto muito isso no Brasil, um alento ao que se chama de empreendedorismo, que na verdade é uma “uberização do trabalho” – que é um conceito bem recente que está sendo colocado aqui, que é você trabalhar sem nenhum direito, sem nenhum descanso, por conta própria... E se você falhar, a culpa é sua. Então, acho essa questão bastante importante.*

*Tem duas outras perguntas aqui, que tem a ver com isso, com essa responsabilização dos indivíduos pelo mal-estar, que pode retroalimentar com o aumento dos diagnósticos e o aumento da prescrição de estimulantes para otimizar a produtividade. E a Elizabeth Vieira faz uma pergunta bem clara: “Que estratégias o senhor acha que poderiam ser empregadas para superar esse... Para lidar, na verdade, com esse processo de despolitização da vida e da saúde mental”. Então, mais uma vez, muito obrigada e o Sr. tem a palavra.*

JAMES DAVIES (UNIVERSIDADE DE ROEHAMPTON/UK)

*Obrigado. Quero dizer que essa é a pergunta de um milhão de dólares! O que podemos fazer sobre isso? Na verdade, eu dedico as páginas finais do livro para tentar responder isso. Mas, tenho que dizer a conclusão a que cheguei... Eu não acho que será palatável para muitas pessoas. Eu acho que precisamos continuar a denunciar através de investigação acadêmica, por meio de ativismo político... As maneiras pelas quais o atual modelo está falhando e prejudicando as pessoas, de um modo geral, fazendo mais mal do que bom, como eu diria. Eu não estou sugerindo que não há pessoas que se beneficiam de drogas psiquiátricas – alguns sim, certamente, quando devidamente prescrito, em curto prazo, e quando essas pessoas não são deixadas sob o uso delas por anos... Há alguma utilidade.*

*Mas, acho que a situação que temos no momento, em que quase 25% da população adulta na Inglaterra recebeu prescrição de algum tipo de droga psiquiátrica só no ano passado... Isto é, um quarto da nossa população adulta sendo psiquiatricamente medicada... Isso não é baseado em evidências; isso é baseado em um sistema que está claramente fora de controle. Então, temos que continuar nos posicionando, temos que usar a ciência, temos que usar o ativismo, temos que usar a razão para argumentar o caso. E esses argumentos estão sendo feitos, eles terão um impacto.*

*Dito isso, também é verdade – e acho consistente com o argumento de que os sistemas de saúde mental se alinham amplamente com sistemas econômicos – dizer que, se uma mudança profunda está para acontecer, exigimos uma mudança na economia política. E eu acho que, em certa medida,*

*as evidências confirmam isso. Quero dizer, considerem o estilo do capitalismo que dominou as economias ocidentais (particularmente os EUA e o Reino Unido entre as décadas de 1950 e 1970), meio que um estilo de capitalismo mais keynesiano estatal, que era muito mais humanista em seus objetivos – se você pensar em Keynes, o economista, que era um tipo de pai deste estilo de capitalismo. Ele escreveu um artigo famoso, quando mais jovem, discutindo que se o capitalismo keynesiano fosse permitido a florescer até hoje, o estado da economia seria assim: todo mundo estaria trabalhando aproximadamente 15 horas por semana, porque teríamos acumulado muitos bens. E passaríamos o resto do tempo no que ele chamava lazer cultivado, educação, engajados em atividades que são significativas, gratificantes para nós mesmos como indivíduos, mas também para nossas comunidades. Em outras palavras, trabalharíamos por 15 horas e o resto do tempo nós viveríamos vidas ricas e gratificantes. Isso é o que ele queria. E esse estilo de capitalismo foi muito coerente com o nascimento das terapias humanísticas da Psicologia nos anos de 1960 e 1970... Não é por acaso que, no apogeu da economia keynesiana, você vê o apogeu do humanismo na psicoterapia. Era a ideia de que o objetivo da vida é alcançar nossa potencialidade para viver uma vida plena, e a terapia tentaria facilitar um processo de crescimento e transformação. E de acordo com esse modelo, o sofrimento não é um sinal de que você está quebrado. O sofrimento é um chamado para mudar, o sofrimento é o protesto do organismo contra coisas ruins que estão acontecendo, que precisam ser endereçadas. Então, o sofrimento é uma mensagem que está tentando chamá-lo para ação. E isso foi muito consistente com a visão keynesiana de economia.*

*Mas quando Keynes desaparece nos anos de 1980 e foi substituído pelo neoliberalismo, nosso modelo de sofrimento foi fundamentalmente mudado também. Não é mais uma chamada à mudança. Agora, tornou-se um sinal de déficit, de disfunção, de transtorno... Algo quebrado em você, que precisa ser corrigido através psicofármacos ou através de reavaliação cognitiva etc. E a visão do sofrimento que agora domina é consistente com a nova visão individualista do neoliberalismo. Então, se isso é uma genuína concordância entre ideologias políticas e ideologias psíquicas, acho que seria consistente argumentar até vermos as circunstâncias mudarem na política econômica, pelo menos no Reino Unido.*

*Eu não vejo mudanças dramáticas na saúde mental, mudanças envolvendo desmedicalização, desprescrição, reinserção do humanismo, mais intervenções baseadas na comunidade... Eu não vejo isso acontecendo na medida em que muitos de nós, do meu lado do debate, gostaríamos.*

VERA PEPE (DAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Obrigada, Dr. James! Eu acho o Sr. conseguiu, mesmo com COVID, nos brindar com uma belíssima exposição, e com uma discussão que eu acho que é muito importante. Não é qualquer outro que milita nessa área, que trabalha com a saúde e pensa em uma sociedade que não individualizaria tanto o sofrimento, muito pelo contrário. Então, nós agradecemos muito sua participação e desejamos que o senhor tenha uma melhora rápida e que possa estar conosco em outras ocasiões. Muito obrigada por estar aqui, sobretudo nessas condições.*

*Então, passo para a professora Esther Solano. Ela é uma cientista social, professora adjunta da Universidade Federal de São Paulo e da Universidade Complutense de Madrid. Ela é também professora do curso de mestrado em estudos Latino-Americanos, na União Europeia, na Universidade de Alcalá de Henares. Ela tem tido uma produção muito grande durante esse período da pandemia, e um pouco antes também, com a organização do livro excelente: “O ódio como política” – que traz para a gente muitas reflexões importantes; também o livro “O Brasil em colapso”, e agora, mais recentemente, em 2021, “O paradoxo Bolsonaro”.*

*Muito obrigada, Dra. Esther, por estar aqui conosco! Eu acho que nós vamos poder aproveitar muito, aprender muito com a Sra. Por favor, tenha a palavra.*

ESTHER SOLANO (UNIFESP/UCM-ESPAÑA)<sup>15</sup>

*Muito obrigada, Vera! Obrigada a vocês. E eu queria começar agradecendo muito, sobretudo ao Paulo, que me convidou muito gentilmente para estar aqui com vocês, hoje.*

*Bom, eu acho que vou seguir muito a linha de raciocínio do professor Davies, que fez uma palestra absolutamente dramática, mas muito instigante ao mesmo tempo. Eu sou socióloga, então, o lugar da minha reflexão é diferente da dele... Mas, no fundo, são pontos e encontro de similaridades muito grande. E acho que o vetor comum entre nós (e, acho que muita gente aqui compartilha), é justamente essa ideia da sobremedicalização da vida, do sofrimento e a despolitização da experiência humana. Eu acho que também vou focar nessa ideia da experiência neoliberal como produtora de sofrimento psíquico coletivo. Eu acho que isso, para mim, é absolutamente fundamental: a ideia da experiência neoliberal muito mais ainda, mas não só, em países periféricos, pela sua essência mais selvagem, pela sua essência mais brutal, mais descontrolada... Ela é uma máquina de produção de sofrimento coletivo, uma máquina de produção de adoecimento coletivo.*

*Eu queria expressar alguns elementos, baseados na reflexão que eu venho fazendo, mas baseados fundamentalmente nas pesquisas de campo que eu conduzo no Brasil, sobretudo desde 2017, tentando entender quais são os fenômenos (sobretudo nas classes mais populares), que conduziram à vitória de Bolsonaro. E tentando entender quais são os elementos afetivos, psíquicos, emocionais e simbólicos, que nós temos que entender como estruturas de profundidade, como estruturas, também, de sofrimento, que num determinado momento, se não são bem respondidas ou bem atendidas, podem dar lugar a, enfim, monstros como o Bolsonaro. Então, acho que é uma primeira coisa que eu queria trazer. Acho que o público da área da psicologia, da psiquiatria... Mas, eu queria começar a falar aqui que, quando nós falamos de neoliberalismo, às vezes a gente fala um pouco solto do conceito. Mas, o que a gente quer falar? Acho que é uma definição relativamente simples, mas muito poderosa.*

---

<sup>15</sup> Cientista social, com mestrado e doutorado em Ciências Sociais pela Universidad Complutense (UCM - Madrid/Espanha). É Professora Adjunta da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-SP) e da UCM.

*O neoliberalismo é basicamente um novo paradigma do ser humano, uma nova forma de entender o ser humano. Se a gente chegou num limite na lógica neoliberal, no qual o próprio ser humano é definido, é enquadrado nos parâmetros da lógica neoliberal... Significa isso: que a minha identidade, a minha própria humanidade, ela é definida, basicamente por duas questões: o que eu produzo e o que eu consumo. Quem eu sou como produtor, como trabalhador, o que eu entrego à lógica das mãos da produção e o que eu consigo comprar, consumir nessa lógica mercadológica? Então o próprio ser humano, a própria humanidade, ela é reduzida a esses dois parâmetros fundamentalmente: de produção e de consumo. Eu acho que aí a gente já conseguiu entender que, portanto, a natureza do neoliberalismo é eminentemente brutal, eminentemente animal, selvagem... Ela reduz tudo a complexidade dos paradoxos e do poliedro que é o ser humano fundamentalmente nesses dois vetores: se você é capaz de produzir segundo determinados parâmetros de produtividade, segundo determinadas metas impostas, se você é capaz de consumir segundo outras metas impostas, você será, portanto, tratado como cidadão de primeira classe e, se não, você será fundamentalmente relegado a uma sub cidadania, de segunda ou terceira classe, fundamentalmente à invisibilidade e ao esquecimento, ao abandono político.*

*Essa ideia do que estamos aqui, basicamente colocando, é que é uma transformação subjetiva absolutamente mortal. O indivíduo, ele é colocado como indivíduo-empresa, um indivíduo meritocrático, um indivíduo econômico, essa ideia do novo paradigma homem econômico.*

*Para mim, uma das coisas mais potentes nessa nova dimensão do neoliberalismo é a ideia da mercantilização absoluta da vida, a mercantilização absoluta de todos os aspectos da vida humana, desde o nascimento – que é uma indústria absolutamente medicalizada (a indústria da cesariana, por exemplo). Então, há toda uma indústria, uma ideia da mercantilização da própria vida, a partir da origem, do nascimento... Até a mercantilização e a indústria da morte. Então, dois momentos absolutamente fundantes na vida do ser humano são perpassados por essa lógica claustrofóbica da mercantilização.*

*Há outras lógicas absolutamente brutais que nós enfrentamos nesse neoliberalismo tão completo, do qual a gente não consegue fugir... Experiências tão mortais, também, na vida humana, como é, por exemplo, a mercantilização do desejo, da sexualidade. Nós tratamos hoje (eu tenho algum material sobre isso), porque eu gosto muito desses estudos que falam sobre todo esse processo de “tinderização” das relações humanas e “tinderização” das relações sexuais e do desejo. Então, como que você expressa seu desejo, como você encontra seu desejo? Por meio de uma plataforma, de uma corporação que se interpõe entre eu e o outro, que se interpõe entre uma forma muito mais genuína, mais natural e espontânea de expressar meu próprio desejo. Isso quer dizer que essa mediação das plataformas, das corporações, dos conglomerados econômicos está sempre por meio da expressão da minha própria humanidade. Eu não sou ninguém, eu sou uma pessoa que não consigo expressar a minha humanidade se não for por meio de algum tipo de plataforma, algum tipo de conglomerado econômico, algum tipo de proposta de privatização da vida. Isso, enfim, é absolutamente dramático.*

*Tudo isso, o que significa? Basicamente que estamos diante de um sistema de absoluto controle. Nós temos aí alguns teóricos em sociologia, na filosofia, muito interessantes, como o Lazzarato, da Itália. Ele fala de um paradigma, de um novo arquétipo do homem endividado. Ele diz o que é dívida, em tempos de neoliberalismo. A dívida é fundamentalmente uma forma de controle que supera o controle clássico da punição corporal, do controle do corpo, cedendo à punição do castigo tradicional. A dívida é uma forma de controle mais sofisticada, muito mais complexa e fundamentalmente muito menos reconhecida enquanto sistema de controle. Nós, consumidores, nos jogamos no sistema da dívida, nos jogamos nesse sistema insano da compra permanente, pensando, catapultando, canalizando o nosso desejo para a mercadoria... E a gente praticamente se auto-escraviza no sistema de dívida. Portanto, a dívida é uma forma de controle, subjugação do ser humano absolutamente potente, absolutamente sofisticada e fundamentalmente não reconhecida como forma de controle. Então, olha que coisa também tão brutal... Essa ideia do novo paradigma do homem endividado como um homem controlado, castigado permanentemente.*

*Mas, a gente também chegou a um ponto, falando nessa ideia da mercantilização extrema da vida, em que nós temos, por exemplo, o processo de intensa mercantilização do ócio, do lazer, do não fazer nada, do descanso. Temos alguns filósofos bem conhecidos que falam justamente dessa ideia do tempo livre, o não fazer nada, o descanso como uma forma de luta contra a mercantilização da vida. Essa ideia da não produtividade, essa ideia da recuperação do encontro com o descanso, do encontro com a própria capacidade de simplesmente não fazer nada, como forma de recolhimento, como forma da recuperação da própria intimidade... Essa ideia de a gente recuperar um pouco a nossa liberdade de não fazer nada, de não produzir, de não consumir... De fugir desses termos tão claustrofóbicos da lógica mercantil no neoliberalismo.*

*Mas, aí, temos outros elementos... Porque o neoliberalismo, ele tem, de fato, argumentos e retóricas muito poderosas, do ponto de vista simbólico e subjetivo. Mas, ele precisa de outras matrizes de pensamento que ajudem essa lógica neoliberal a se sustentar também. Então, o que nós temos ultimamente? Nós temos, por exemplo, a transcendência, a religiosidade, a lógica do sagrado, num determinado formato que acompanha, que justifica (em termos metafísicos e espirituais) essa lógica neoliberal. E eu estou me referindo aqui, por exemplo, à teologia da prosperidade, que muitos de vocês conhecem, tão típica das igrejas neopentecostais. Então, para toda essa lógica da mercantilização da vida, nós temos uma justificativa... E para toda essa lógica meritocrática, temos uma justificativa em termos espirituais, em termos transcendentais, que é a lógica do dízimo, é a lógica do trabalho, é a lógica do esforço pessoal em prol de conseguir, de fato, enfim, um lugar no céu, no paraíso futuro. Então, um pouco na lógica do que o professor Davies falava, temos novas formas de transcendência, novas formas de religiosidade que acompanham também todo esse processo de sofisticação da lógica neoliberal.*

*Agora, qual pode ser a resposta do campo mais progressista, do campo democrático? Negar o diálogo com essas novas formas de religiosidade, mesmo sabendo evidentemente que são produtos, também, de mercantilização do divino, inclusive, que são produtos que também são justificativas transcendentais da lógica neoliberal. A gente também não pode negar o diálogo com essa religiosidade popular e com esse desejo de transcendência,*

*porque, no final das contas, nós sabemos muito bem que a religiosidade é um lugar fundamentalmente de acolhimento, de pertencimento, enfim, e que o divino funciona quando o humano provoca excessiva dor... Parece-me operar aí. Então qual deveria ser nossa resposta enquanto campo democrático? A negação desses fatos ou pelo menos o entendimento, a análise suficientemente, digamos, apurada e a compreensão desses fenômenos tão complexos?*

*Outro fenômeno que acho que ficou bem evidente na fala do Davies, mas eu queria colocar aqui, esse fenômeno, que acho que a professora Vera falou também... A ideia da “uberização da vida”, da “uberização das relações sociais”. A gente sabe muito bem que o trabalho não é só uma forma de produção, não é só uma forma de originar produto. O trabalho é fundamentalmente um laço de filiação dos grupos sociais. Então, eu, por meio de meu trabalho, quando eu me encontro na sociedade também, e por meio do meu trabalho, eu me reconheço como sujeito, e por meio de meu trabalho eu construo laços de filiação social. Então, o que acontece? Qual é o processo tão brutal dessa uberização que é tão agressiva e que nós estamos sofrendo agora?*

*Calcula-se que, no Brasil, nós tenhamos, aproximadamente, 1,5 milhões de jovens que trabalham por meio de plataformas (como Uber, Uber Eats, Ifood, Rappi etc.). São 1,5 milhões de trabalhadores submetidos a esse tipo de imensa precarização do trabalho. Mas, quando a gente fala de uberização, nós não estamos falando só dessa lógica da precarização do próprio trabalho... Nós estamos falando, também, da desagregação das relações sociais afetivas, justamente porque o vínculo do trabalho está se desagregando. Então, o trabalhador uberizado, ele encontra-se diante de um panorama de absoluta desagregação do que significa o trabalho enquanto laço social de agregação com outros colegas, por exemplo.*

*A gente está diante de um fenômeno de desconstrução total da lógica de sindicalização, por exemplo. O sindicato perdeu toda a sua força representativa. Nós estamos diante de um processo de corrosão do coletivismo, como forma tradicional de luta pelo trabalho. Então, nesse processo de uberização, nós estamos diante da fragmentação total, da pulverização das lutas coletivas, nesse processo de hiperindividualismo. E*

*ainda mais: o que supõe a uberização, o que estamos ultimamente falando, é a ditadura das plataformas e dos algoritmos. Quer dizer, o trabalho está submetido basicamente à ditadura numérica, matemática do algoritmo. A minha vida enquanto trabalhador, e, portanto, minha vida como ser social, está submetida a essa lógica, absolutamente artificial, absolutamente mercadológica do algoritmo, algoritmo como tirania que controla a minha vida.*

*Mas, por outro lado, isso se conjuga com uma ideia muito forte que é o que nós estamos iluminando agora, que é a subjetividade meritocrática. Subjetividade meritocrática esta que funciona como um aparato ideológico absolutamente potente. Então, um pouco como o professor Davies falava... Qual é ideia? Diante dessa uberização das relações de trabalho, diante desse projeto neoliberal que provoca cada vez mais trabalhadores descartáveis, trabalhadores humilhados, trabalhadores que não encontram dignidade nenhuma no seu trabalho, trabalhadores pauperizados, miseráveis – porque nós temos uma nova categoria agora, que é a do trabalho e do trabalhador miserável, que é aquele trabalhador que trabalha, que tem a sua vida no trabalho, mas que ele não sai, por exemplo, do umbral da miséria. Então, as categorias do trabalho e da miséria combinam, juntas, a lógica neoliberal.*

*Diante desse processo, também tão brutal, o que nós temos é um novo argumento, uma nova retórica, que é justamente a retórica da meritocracia... Essa ideia de “eu sou empresário de mim mesmo, eu sou autônomo, sou microempresário, sou microempreendedor”. O que significa isso, gente? Nós temos um processo, que é brutal e que é muito potente, que é a perda da referência da classe e a perda da referência do trabalho enquanto forma de luta, enquanto forma de subjetividade.*

*Então, nós temos uma nova figura que aparece por aí... Que apareceu fundamentalmente depois dos períodos de Lula, que é uma figura fantasmagórica em termos sociológicos: a nova classe média. Quem é essa nova classe média? É uma nova classe média que, em termos de renda, não existe, uma nova classe média que aumentou um pouco seu patamar de renda, mas que nem de longe pode ser traduzida em termos de uma classe média tradicional, por exemplo. Mas, é uma nova classe média inserida em toda essa retórica das relações meritocráticas. É uma nova classe média que sai do patamar da miséria e da pobreza e que, desesperadamente, quer se identificar*

*enquanto classe média tradicional. Por quê? Porque se você, enquanto povo, enquanto empobrecido, está jogado nessa lógica da invisibilidade, do esquecimento, do abandono, se você não é ninguém porque é pobre, é óbvio que o seu desejo vai ser, justamente, a visibilidade. A visibilidade é fornecida em termos mercadológicos por essa classe média que tem poder de consumo, que tem poder de renda, que tem poder de produção. Então há uma ascensão, há um desejo de ascensão da nova classe média... Uma nova classe média que não é acompanhada por uma ascensão de renda alta, mas que vai acompanhada por um conjunto de elementos simbólicos que são muito poderosos. Essa ideia de que “eu não sou mais pobre, eu sou nova classe média”, “eu não sou mais um trabalhador precarizado, eu sou chefe de mim mesmo”, “eu não sou um uberizado submetido a uma jornada de trabalho de 12 horas por dia, eu sou um autônomo, um empreendedor”. Então, é a ideia de que eu acordo às 6 horas da manhã, trabalho e, olha aí! Eu posso chegar a ser, talvez, quem sabe, o Dória! Lembrando o marketing dele na propaganda para o governo de São Paulo, não é?*

*Então, a gente sofre essa dualidade paradoxal tão forte: ao mesmo tempo em que temos a desagregação do coletivo, do político, do Estado, do público, nós temos uma penetração fortíssima da meritocracia, do empreendedorismo como conceitos de empoderamento. E isso para mim é muito importante, a ideia do empoderamento. Porque do ponto de vista democrático, progressista, às vezes a gente olha para esse conceito de empreendedorismo e de meritocracia, a gente olha para essas novas classes médias, que perderam a sua referência de classe... Olhamos para isso com certo desprezo, uma forma de folclore; a gente caricaturiza isso: “olha aí, como que o cara tá fodido, trabalhando 20 horas por dia e diz que é um empresário de si mesmo, que é um pequeno autônomo, um empreendedor”. Nós temos uma tendência a caricaturizar isso, cair um pouco na ideia da ridicularização das experiências de vida.*

*Mas, nós temos que entender... E eu faço e falo isso, eu entrevisto muitas dessas pessoas em profundidade: há esses conceitos, mas também há uma esfera de empoderamento individual que é muito importante. Para aquela pessoa que sempre foi submetida historicamente na sua biografia a condições de indignidade no trabalho mais clássico, que foi submetida a condições de*

*trabalho de humilhação, de descartabilidade, os conceitos, digamos, de “eu ser o meu próprio chefe”, “eu levar as rédeas de minha própria vida” são muito empoderadores. Nós sabemos que são artificiais; mas, sai certo empoderamento diante de uma ausência de respostas ao campo neoliberal e de parte do campo democrático. Há certo empoderamento psíquico também, subjetivo, simbólico, que nós temos que entende. A gente tem que driblar e lutar com tudo isso. O que nós temos?*

*Todas essas categorias se juntam a outro processo, que é cada vez maior, de criminalização e de despolíticação do próprio Estado. E isso, no Brasil, infelizmente, é um processo feroz. Olhando os elementos que a gente junta: nós temos, por um lado, esses 1,5 milhões de trabalhadores uberizados, temos 40% da força de trabalho brasileira em condições de informalidade – e a informalidade no trabalho, de novo, também não significa simplesmente você estar carente dos direitos do trabalho; a informalidade no trabalho significa uma invisibilidade como sujeito, como cidadão também.*

*Então 40% da força de trabalho é invisível aos olhos da política do Estado. Portanto, nós temos, de fato, esse processo. E ao mesmo tempo, nós temos os processos de criminalização da política, criminalização do Estado e imensa privatização do Estado, de privatização da Democracia. Nós temos um Congresso fundamentalmente representado por homens brancos, empresários, mais velhos... Então, temos uma sub-representatividade feroz de mulheres, de jovens, de negros, indígenas etc. Um congresso absolutamente travado pela lógica das grandes bancadas empresariais do agronegócio, das grandes bancadas das companhias construtoras, familiares etc. Então, há um processo de enorme desencantamento das pessoas, da lógica representativa, da lógica política. Um enorme distanciamento, uma enorme desfiliação... Então, há uma enorme distância das pessoas da máquina representativa, o que facilita muito esse processo de criminalização do público e de criminalização do Estado.*

*Então, basicamente, qual é a ideia, quais são os argumentos narrativos, que são muito perversos porque são muito sofisticados? “Estão vendo, vocês aí? O Estado é corrupto por natureza, a política é corrupta por natureza. Ela é ineficaz, é ineficiente, é suja, está contaminada. Então, o que nós devemos fazer? Nós devemos substituir o público, o Estado, pelo privado”. A resposta para tudo isso é a privatização da máquina pública, a privatização dos nossos*

coletivos... *Porque não é só o Estado: são sindicatos, são as universidades públicas, são as formas de coletivismos, são os movimentos sociais.*

*Então, há uma profunda criminalização do coletivo em prol da iniciativa privada, da privatização e da hiperindividualização. E nisso, por exemplo, eu chamo sempre muita atenção... Que há momentos na história dos países que são muito potentes nessa criminalização do público e do Estado, como, por exemplo, o que a gente viveu aqui no Brasil: a Operação Lava Jato. Ela tem como consequência essa enorme pedagogia coletiva de que a política é corrupta, é negativa, ela é criminosa e, portanto, deve ser substituída pelo "Paulo Guedismo", digamos – por essa mercantilização, pela privatização do Estado, nos moldes que o Paulo Guedes representava no começo do governo Bolsonaro.*

*Então, olha aí que quantidade de elementos que convergem numa experiência humana muito concreta... É a ideia de você estar submetido a uma experiência de humilhação, de invisibilidade, de descartabilidade na sua experiência de trabalho cotidiana; e, ao mesmo tempo, estar submetido a uma experiência de desencantamento com o Estado, com a política, com o coletivo, de, digamos, de desfiliação... Uma experiência de apatia com o coletivo, com o Estado. Porque, de fato, o Estado está absolutamente refém dessas forças privadas, forças econômicas que substituem a representatividade cidadã. E, por outro lado, você tem como conjugação de tudo isso, uma experiência humana de sofrimento absolutamente despolitizada - como o professor Davies falava - uma experiência humana de dor absolutamente despolitizada. E a resposta, como foi mostrada na palestra anterior, é justamente a patologização e a medicalização da experiência do sofrimento.*

*Então, por outro lado, nós temos dois processos que são muito centrais em toda essa ideia: não só a precarização do emprego, como o próprio desemprego como fator também de adoecimento psíquico. Temos por aí muitos estudos interessantes sobre como o emprego em si é um fator de filiação social. Então, como o emprego define, de fato, a minha entrada na sociedade, e como o desemprego (fundamentalmente em longo prazo) é um fator de desagregação, também, do que eu significo em termos sociais. Não só isso. Há inúmeros estudos que mostram como o desemprego tem um impacto, por exemplo, na destruição de laços afetivos e familiares. Então, a gente sabe*

*muito bem como o público e o privado se conectam em uma simbiose, na verdade. Mas, o desemprego afeta, também, a cultura dos laços familiares, muitas vezes. Então, há uma contaminação, justamente, da estrutura precarizada, em termos de trabalho, também na vida íntima e familiar.*

*E, há outro elemento que impacta em todo esse poliedro de elementos (que a mim parece muito problemático... E eu lido, sobretudo, com juventude, já que sou professora), que é o elemento da superexposição nas redes sociais... Esse elemento narcísico tão forte das redes sociais. Nós temos, cada vez mais, uma padronização da juventude. Evidentemente, o neoliberalismo impõe uma padronização do comportamento, do cotidiano, em termos do que é válido e do que não é válido. Mas são os jovens, que estão mais suscetíveis e mais vulneráveis a essa padronização da juventude, em relação aos cânones que o jovem deveria seguir, os cânones das metas que o jovem deveria atingir. Então, estamos diante, de fato, de um quadro absolutamente de sofrimento coletivo na Universidade; e é muito difícil encontrar uma turma que não tenha, assim, uma boa parte dos alunos medicalizada, por exemplo. Por quê? Porque eles se encontram em uma tensão permanente, em uma sobrecarga psíquica permanente... São metas inatingíveis, uma pressão muito forte.*

*Uma pressão... Olha que coisa também tão forte, por exemplo: quando as cotas raciais e sociais chegaram à Universidade, nas nossas aulas, foram entrando jovens que vinham de escolas mais precarizadas, que vinham de um contexto social mais precarizado. O que eu encontro hoje nas Universidades é que as cotas chegaram, os alunos chegaram, mas não chegou junto com eles uma estrutura de acolhimento na Universidade. Então, eu encontro, por exemplo, muitos jovens mais empobrecidos, periféricos, negros, e eles dizem que não encontram seu lugar de pertencimento na Universidade, que eles só encontraram os riquinhos na Universidade, que só encontram uma Universidade branca... Porque não há, praticamente, professores negros, são muito poucos professores negros... Imaginem, então, mulheres negras. Então, a estrutura de acolhimento da Universidade não foi pensada para isso, então há muitos alunos que estão, de fato, num processo de alto sofrimento psíquico, por exemplo. Combina-se a isso, a ideia do aluno como investimento. A família investe no aluno, no filho, no neto, mas não simplesmente olhando a educação como um processo de futuro, de construção, mas literalmente como*

*investimento. Então, se a família investiu em você, meu filho, meu neto, você tem que trazer o retorno de volta para a família. Então, espera-se, o tempo todo, a ideia do retorno. Por isso essa sobrecarga psíquica também é importante: um retorno que eles não podem atingir, com metas que eles não podem atingir e, evidentemente, uma estrutura de tensão permanente, que faz com que eles, de fato, colapsem.*

*E ao mesmo tempo, essa ideia da sobrecarga psíquica se conjuga com uma, digamos, subcarga psíquica, porque eles são jovens altamente preparados, altamente especializados e conseguem trabalhos altamente desqualificados. Então, eles têm sonhos, têm utopias, têm desejos de futuro, mas saem ao mercado de trabalho e encontram seus sonhos altamente frustrados por trabalhos que eles reconhecem como absolutamente desinteressantes. Então, eles perdem sua conexão libidinal com o trabalho... Não há paixão envolvida no trabalho, não há desejo envolvido no trabalho. Trabalhos nos quais eles se encontram submetidos a uma lógica piramidal, hierárquica, numa mediocridade na qual eles não queriam estar. E uma frustração absolutamente permanente. Então, você conjuga um sentimento de tensão, de sobrecarga psíquica, de meta inatingível, com a frustração permanente de ver meu sonho inatingível. E o substrato que os alunos sempre contam é essa ideia de que... “professora, eu não consigo saber muito bem como é meu presente, mas não tenho absolutamente nenhuma certeza de como será meu futuro”. Então, é evidente que essa ideia da incerteza sobre o futuro, essa ideia da impossibilidade do reconhecimento do futuro, ela prova um tsunami de sofrimento, de estresse que é absolutamente brutal.*

*Durante a pandemia eu estive fazendo entrevista de campo. E era uma coisa muito forte, como as pessoas diziam para mim que a ideia da incerteza de um futuro provocava níveis de estresse, por exemplo, muito alto. Mas, sobretudo, a ideia do empobrecimento que traz a pandemia, a ideia de ter a precarização do trabalho, desemprego etc., e provocou uma ruptura com os sonhos, com a ideia do desejo, da utopia. Eu me lembro de que, há algumas semanas, entrevistei uma senhora de uma região periférica de São Paulo; e ela falava assim: “professora, eu não consigo sonhar mais. Eu simplesmente sobrevivo, parece que não tenho o direito a sonhar, eu perdi a minha capacidade de sonhar”. Mas, o pior de tudo foi que ela falava para mim, “é que*

*eu não me indigno mais com isso, eu perdi a minha capacidade de indignar. Eu já me acomodei... Porque, para que eu vou me indignar? Eu já me indignei tanto na vida. Se é assim, é assim. Simplesmente, eu assimilei o que está acontecendo”. Então, olha a dramaticidade de tudo isso. Quer dizer, esse horizonte neoliberal nos tirou a capacidade de sonhar, nos tirou a utopia. E a utopia é fundamental para a sobrevivência emocional no ser humano... Mas, muito mais do que isso, digamos que essa impossibilidade é tão grande, tão óbvia e pesada, que também foi tirada de nós a indignação. Isso para mim é muito doído, muito sofrido.*

*Eu vejo muito, eu pesquiso bastante juventude. E eu vejo umas questões que me preocupam muito, que é uma acomodação dos sentimentos de raiva, de indignação... Uma acomodação no sentimento, certa apatia. Então, tudo bem, a política não pode ser mudada? Em vez de eu sentir uma raiva explosiva, simplesmente eu me retiro e eu vou investir a minha energia em outro tipo de coisa. E isso é muito problemático, por quê? Porque a raiva é uma energia politizante muito forte. A ideia de indignação é uma energia politizante muito forte. Então, o campo progressista encontra-se diante de duas dificuldades fundamentais e fundantes para ele: estamos diante de um processo de despolitização da dor – e a dor e o sofrimento são dois espaços fundamentais para a experiência da esquerda, por exemplo. Como a esquerda construiu seu potencial? Justamente politizando a experiência de dor e de sofrimento humano. Então, se o sofrimento humano está sendo despolitizado, hiperindividualizado, como a esquerda reage a tudo isso? Onde a esquerda encontra seu motor, sua mobilização?*

*E, por outro lado, nós temos o processo da despolitização da raiva também, da despolitização da indignação. Então, eu tenho, digamos, momentos de surtos coletivos de raiva, momentos de catarse... Mas, eles são momentos isolados, episódicos; são como em 2013, as manifestações no Chile. São grandes episódios, terremotos sociais, placas tectônicas que movem a sociedade, mas isso depois não ecoa em transformações mais contínuas, mais complexas, sustentadas no tempo em longo prazo, pois essa raiva vai perdendo sua capacidade de transformação política de média e longa duração. Então, como a esquerda opera um novo tipo de trabalhador, que perdeu a sua identidade, seu paradigma de classe... Esse trabalhador que quer se identificar*

*com essa nova classe média? Como a gente opera diante de tudo isso? Agora, como a esquerda opera? Porque a extrema direita, infelizmente, está sabendo operar isso muito bem. Então, quando a gente fala da despolitização da dor e do sofrimento, falamos de uma despolitização que deriva muito desse campo democrático progressista. Para o campo da extrema direita, ela está sabendo muito bem utilizar a experiência de frustração, de abandono, de descartabilidade, de invisibilidade, de humilhação, de medo, evidentemente. O medo, ele é um afeto absolutamente permanente na lógica neoliberal. O neoliberalismo produz, justamente, incerteza, sofrimento, desarraigo, desapego, despertencimento... Evidentemente, o medo é permanente na experiência neoliberal do ser humano. Então, o campo da extrema direita funciona muito bem com esses afetos negativos, mais tristes. Ele pega esses afetos (extremos afetos) e faz uma jogada política com esses afetos, eleitora esses afetos (ou seja, coloca esses afetos no centro do seu programa eleitoral) e transforma tudo isso num processo que é muito claro: transforma isso no potencial do ódio, da destruição.*

*Então, em vez de eu refletir sobre todo esse conjunto de elementos que são atravessados por uma lógica do sistema, se eu não tenho fé na vida, é porque talvez eu esteja submetida a uma lógica violenta, um sistema profundamente agressivo. Se eu sou uma mulher periférica, por exemplo, e tenho muita dificuldade para ter um trabalho digno, eu deveria estar refletindo, por exemplo, sobre as possibilidades dessas estruturas, do racismo, do machismo, da lógica patriarcal, da lógica neoliberal etc. Isso é muito complexo de ser feito, e nisso o campo democrático progressista, de fato, tem muitas lacunas, muito problemas. Aí, vem o campo da extrema direita, a lógica bolsonarista, e faz uma operação retórica, simbólica muito simples: “você falhou na vida, você errou na vida, mas não é sua culpa, não se preocupa, foi culpa do PT, foi culpa do Lula, foi culpa da Dilma etc.”. Foi a famosa operação simbólica do bode expiatório.*

*Então você junta dois processos: por um lado, o processo da medicalização do sofrimento, da patologização do sofrimento... Então, a experiência cotidiana, a experiência humana é patologizada... E, por outro lado, é a outra dimensão, a outra dinâmica, é a criminalização de experiências democráticas coletivas, de experiências políticas, que são antagônicas às*

*experiências da extrema direita. Então você patologiza a experiência do ser humano e criminaliza experiências políticas que poderiam, de fato, dialogar com tudo isso, com toda essa experiência. Então, eu acho isso muito importante, porque nós estamos falando que há, sim, um campo político que utiliza experiências de sofrimento e faz sua própria opção e sua própria versão política de tudo isso. Então, por exemplo, como se a gente não tivesse pouca experiência de sofrimento... Entrevistando bolsonaristas, eu encontrei muito esse elemento do ódio que, digamos, se junta a esses outros elementos de descartabilidade, de humilhação, perda de referência de classe, trabalhos precarizados. Encontra-se outro elemento, que é o elemento do ódio trazido pela lógica bolsonarista. Então o ódio por um lado tem, evidentemente, uma resposta direta. Então, enfim, “eu tô fodido na vida”... É uma via de resposta rápida, direta e uma forma de saída. Digamos que eu descarrego toda essa minha frustração nesse ódio, numa resposta libidinal. Mas, por outro lado, ele cria outro patamar também, de colapso psíquico total. Você junta esses elementos de sofrimento, ainda mais à dimensão do ódio.*

*Então, por exemplo, eu entrevistei várias mulheres. É uma coisa que foi muito dura para mim, por exemplo, foi que, na eleição de Bolsonaro, me mandavam mensagens absolutamente estarecidas, sobre os maridos delas; elas falavam assim: “ele tem se transformado em um monstro dentro de casa, eu tenho medo de apanhar do meu marido, o meu marido vê no Bolsonaro uma figura, um símbolo do que um macho deveria ser” – A ideia do masculino enquanto a forma de violência, de repressão e de ódio – “e o meu marido, depois de Bolsonaro, transformou-se num monstro, eu tenho medo, por exemplo, de apanhar dentro de casa”. Então, a ideia do ódio, da violência, as microviolências cotidianas, elas entram no privado, elas derivam do espaço público e entram no privado e se somam nesse acúmulo que a gente já tem da experiência de dor.*

*Numa entrevista minha com os jovens LGBTs, eles falavam para mim que tinham muito medo dos próprios pais dentro de casa, fundamentalmente da figura do pai (do arquétipo masculino), porque o pai, dentro de casa, depois também de ele se contaminar por esse bolsonarismo tão feroz, agia de uma forma muito mais violenta com o filho gay, com a filha lésbica, porque ele achava insuportável a experiência de convivência com o filho e com a filha que*

*não se encaixava nos padrões de sexualidade por ele aceitos, e ele sentia-se na legitimidade de descarregar o ódio nesse filho e nessa filha. Então, são relações pessoais (íntimas e da vida privada) absolutamente contaminadas por essa esfera de ódio político, e de ódio, digamos, governamental, de ódio coletivo, que perpassa as camadas do social e que gera nas camadas do íntimo.*

*Então, enfim, eu acho que, diante de tudo isso, o que a gente tem? Também não quero ter aqui, enfim, uma mensagem de entristecimento... Mas acho que a gente tem algumas vias... Eu não vou falar, obviamente, de solução do problema, mas acho que nós temos algumas vias de, pelo menos, reação ante a todo esse problema. Acho que, uma das primeiras vias, para mim (eu faço muito isso na minha vida de pesquisadora), é a ideia de recuperar o processo – e isso vocês conhecem perfeitamente bem –, que é o processo de escuta social. Se nós estamos num momento de fratura social, porque o neoliberalismo produz também isso, ele produz fratura, produz a ideia de que o outro é meu inimigo, porque o outro é meu concorrente, então ele fratura a sociedade, ele quebra a sociedade. E nesse processo nós temos que, de alguma forma, recuperar a humanidade do outro. Então, acho que o processo de escuta é muito importante, porque por meio da escuta você humaniza o seu interlocutor e você também se humaniza. Então, acho que a gente tem que advogar, também, por esse processo e em vez de rotular o outro, de caricaturizar o outro e de falar: “pobre que vota na direita é burro; bolsonarista é tudo fascista”... Em vez de cair nesses rótulos simplificadores, nessas caricaturas absolutamente simplificadoras da realidade, acho que o processo de escuta humanizadora e, sobretudo, de escuta que entenda que os paradoxos são não só possíveis, mas inerentes à experiência humana. Então, claro que sim, que é possível uma pessoa empobrecida se orgulhar dessa categoria de “eu sou microempresário, microempreendedor”. Nós temos que abraçar um pouco esses paradoxos, essas aparentes contradições e entender que há aí uma linha de raciocínio e uma linha afetiva que dirige tudo isso. Então, eu acho que essa escuta que entenda esses paradoxos, essas aparentes contradições, essas pluralidades tão difíceis de lidar, acho que é absolutamente fundamental.*

*Agora, uma coisa absolutamente fundamental para mim é a ideia da territorialidade. Porque, o que acontece? Por que essa despolitização é uma operação que é possível? Por que há, de fato, um desencantamento com o espaço público? Há um desencantamento com as esferas representativas, há um descompasso. Nós temos sindicatos que são incapazes, por exemplo, de entender as novas formas de precarização do trabalho, mas sustentam melhor formas de empoderamento do trabalho que estão em séculos passados. Nós temos uma Universidade que ainda é muito mastodôntica, um dinossauro, que vai lento, que não consegue, de fato, um acolhimento afetivo e eficaz para os alunos que vem de umas gerações que já estão, enfim, muito mais no futuro do que no passado como está uma boa parte da universidade. Então, há um descolamento afetivo, um descolamento simbólico, um descolamento dessas formas clássicas de representação.*

*Eu acho que nós temos de ver também como campo democrático, de reencantar com a política, de reencantar com a representatividade. Isso só será possível se a gente, de fato, constrói (de forma coletiva) formas de representatividade que deem conta dos desafios, que deem conta das complexidades, dos paradoxos atuais, que abracem na experiência de dor, na experiência de sofrimento. O que a gente faz, na maioria das vezes, é: a gente medicaliza a dor ou a gente finge que não existe essa dor. Então, eu acho que a ideia é justamente reconhecer a experiência fundante dessa dor e recaptura-la para o campo da luta política democrática.*

*Acho que temos que fazer plataformas de representação, formas de representação muito mais na vanguarda do que está acontecendo e, sobretudo (isso para mim é muito importante) no território, no cotidiano, na pele com a pele. Não é por acaso que essas igrejas, por exemplo, pentecostais e neopentecostais têm um poder de representatividade tão forte. Embora a gente saiba como a bancada fundamentalista é perigosa para o Brasil, para a laicidade, para os retrocessos nos Direitos Humanos, nós sabemos também como essas igrejas, essas redes sociais são importantíssimas, fundamentalmente em territórios desprovidos de dignidades e cidadania. Então, como as igrejas são lugares de encontro, também, de pessoas despojadas de sua humanidade, de pessoas despojadas de seus direitos, e que lá na igreja encontram um lugar afetivo, emocional, de pertencimento, de acolhimento*

*material, muitas vezes, mas também, de fato, familiar e afetivo. Por quê? Porque essas igrejas estão no território. Então acho que essa ideia é muito importante... A ideia de recuperar o território como uma dimensão de trabalho e como dimensão afetiva também. E a ideia de estar junto, de sentir junto, de pele com pele, de olho com olho, a ideia de territorialidade cada vez mais importante. A ideia de território fica muito desagregada por essas formas globais que nós temos de relações sociais... Porque, hoje em dia, nós estamos falando uns com os outros, mas ninguém olha nos olhos de ninguém. A gente não cheira o cheiro de ninguém. Então, nós estamos passando por um processo de descorporização... Os corpos são tão importantes, e o corpo é absolutamente fundamental nas relações humanas. Então, eu acho que recuperar o território, recuperar o corpo nas relações humanas é absolutamente fundamental. Assim como é importante na luta contra esse neoliberalismo que insiste em sempre colocar essas plataformas corporativas, privatizadas no meio das relações sociais. Então, acho que essa ideia da territorialidade, de colocar no corpóreo nossas relações sociais, é uma forma de lutar contra a experiência medicalizada da dor e contra essa despolitização da dor.*

*Enfim, eu acho que acabo por aqui falando que, para mim é algo absolutamente fundamental recuperar a ideia da utopia, recuperar a ideia do futuro. É óbvio que o campo democrático tem que lutar na pauta material, não dá para falar de utopia, de futuro, com alguém que não tem comida na mesa... Isso é evidente. Eu sempre digo isso: não dá para falar de fascismo ou antifascismo com alguém que não tem comida na mesa, que não pode alimentar seus filhos. Mas, ao mesmo tempo em que a gente luta por essa pauta econômica, material, pela dignidade material do trabalho, de uma renda etc., nós temos também que reencontrar com essa utopia, com essa ideia do futuro possível, da esperança possível.*

*Em 2017, eu fazia a pesquisa previamente à eleição presidencial e, assim, o momento em que eu pensei “fodeu, o Bolsonaro vai ganhar”, foi o momento em que eu comecei a escutar, nas entrevistas, o seguinte: o Bolsonaro representa a esperança. A palavra “esperança” atrelada à eleição de Bolsonaro. Quando eu comecei a escutar isso, eu pensei “aqui, já era”... É um momento sem volta, é um ponto de não retorno... Justamente por isso, porque*

*o campo progressista perdeu a sua capacidade de encantamento, sua capacidade, justamente, de promover essa ideia da paixão, do futuro coletivo, conjunto, a ideia da esperança, do sonho. Então, se a gente está numa esfera de sofrimento psíquico... E aí, os sonhos foram frustrados e a gente não encontra esse reencantamento por meio da esperança, do sonho, da construção do laço, dos afetos e das paixões... Isso vai estourar por algum lado. Então, acho que eu queria fazer aqui uma exaltação dessa ideia de que temos que recuperar a utopia como uma forma de despatologizar o sofrimento e de reconhecer o sofrimento como uma forma absolutamente imprescindível de luta pela reconstrução política. Acho que acabo por aqui. Obrigada.*

VERA PEPE (DAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Muito obrigada, Esther! Eu acho que você colocou várias, várias questões tão importantes. O chat aqui está “bombando” com uma série de reafirmações com aquilo que foi colocado... Da questão do sofrimento, da padronização, da necessidade de uma escuta mais humanizada. Eu vou fazer algumas perguntas que foram feitas e depois vou colocar um pouco dessa discussão que está acontecendo aqui no chat.*

*A Bianca Catarina pergunta sobre a questão da fragmentação das relações e, sobretudo, ela diz assim: “A fragmentação da população trabalhadora pobre está dada. Então, como se realiza ações para mudar? A Fernanda pergunta sobre a questão da livre escolha. Ela diz que a livre escolha é uma utopia, já que hoje, praticamente, tudo é controlado: “O que fazer para mudar essa posição e como a sociedade poderia ajudar”?”. A Mara pergunta: “O que pensas: precisamos reformar o Estado, abolir o Estado ou alguma outra coisa?”. Vamos por aqui e depois a gente continua.*

ESTHER SOLANO (UNIFESP/UCM-ESPANHA)

*Bom, primeiro sobre essa ideia da fragmentação das relações de trabalho. Eu diria assim... Eu também não quero cair nesse poço da tristeza coletiva, mas o que a gente observa fazendo pesquisa, sobretudo com esses*

*trabalhadores uberizados – que são as novas formas, novas fronteiras de trabalho –, e nós temos, de fato, uma desagregação da forma de trabalho como organizador clássico, tradicional... Dos sindicatos endoidados porque não sabem como funciona a coisa... Os trabalhadores absolutamente desencantados com a figura sindical clássica. Mas, a gente tenta algumas formas (e, nós até temos alguns estudos sobre isso), de novos formatos e novas arquiteturas de organização, também dessa vanguarda, desses profissionais que estão numa absoluta carência dos seus direitos, de novas formas, também, transformadoras da organização social.*

*Então, o que eu diria que acho importante? Atenção. Prestar muita atenção no que está acontecendo com muita frequência fora do nosso radar. Eu acho que isso é muito importante. Há muitos processos, que talvez não aconteçam em grande escala, mas que estão acontecendo nos substratos sociais – digamos que, “a pé no chão” – e que a gente não presta a devida atenção, porque eles não surgem no macro, muitas vezes, e porque a gente também perdeu o contato com essa realidade mais cotidiana.*

*Então, uma das coisas que eu sempre digo é que a gente, enquanto campo progressista, democrático etc., não pode se permitir ao luxo de deixar passar tantas coisas por baixo do nosso radar. Quando Bolsonaro foi eleito, e eu digo isso porque talvez eu tenha o privilégio de estar no campo, de fazer muita pesquisa de campo, então consigo observar por esse privilégio de estar no campo... Mas, quando o Bolsonaro foi eleito, muita gente ficou surpresa pela eleição dele. Se a gente tivesse tido a sensibilidade territorial de estar nos territórios – falo como campo, de escutar com mais atenção e de prestar mais atenção aos processos que estavam acontecendo –, talvez não tivéssemos sido pegos de surpresa e poderíamos ter lutado contra essa monstruosidade, contra esse fascismo. Então acho que uma coisa muito importante é termos a capacidade suficiente de prestar atenção, de analisar com cuidado, com atenção o que está acontecendo e nunca ir (por isso que eu sempre digo, e desculpa se insisto muito nisso), nunca escolher a ridicularização de formas coletivas, por exemplo, que são diferentes das nossas.*

*Então, existem trabalhadores uberizados que são superconservadores ou que votaram no Bolsonaro. Vamos prestar atenção no que eles fazem. Não é pelo fato de eles terem votado no Bolsonaro que nós temos que anular toda a*

*sua capacidade de organização coletiva, por exemplo. Nós temos que prestar atenção a essas complexidades, a esses paradoxos, e prestar atenção em que há muita coisa acontecendo, interessante. Então, acho que nós temos que olhar de forma um pouco mais profunda e começar a fazer a radiografia cada vez mais pé no chão, mesmo, do que está acontecendo.*

*A pergunta sobre a livre escolha. Nossa, Fernanda! Eu me debruço muito nas entrevistas sobre isso, nessa ideia. O neoliberalismo vende a ideia da livre escolha, do livre arbítrio. Enquanto, justamente, nesse paradoxo, a gente sabe que nós estamos cada vez mais submetidos a uma tecnologia de vigilância cada vez mais sofisticada e mais brutal. Então, eu acho que talvez o primeiro passo... Eu não sei... Eu também tenho minhas dúvidas... Mas, um primeiro passo seria o desmascaramento, a ideia de, enfim, a gente ocupar espaços de representatividade, de fala. Eu estou por aí, sempre falando em qualquer lugar. Acho que é muito importante a gente ocupar espaços. Mas, ocupar espaços saindo dos espaços clássicos tradicionais que nós já temos, digamos, como nossos. Acho que nós temos que ir para além das fronteiras cognitivas ideológicas nossas. Acho que temos que ocupar outros espaços também, justamente nesse processo de desmascaramento.*

*Então, esse livre arbítrio é um conceito absolutamente artificial. Que livre arbítrio que a gente tem, se nós temos que, a cada dia, ter um conjunto, são conjuntos de corporações e de plataformas para ter as mínimas relações básicas, humanas? Então, acho que, um pouco a resposta, para mim, que estou utilizando, é justamente a ideia de ocupar os espaços possíveis, sobretudo aqueles espaços que não nos pertencem originalmente. E eu estou topando muito falar (por exemplo, e sou muito criticada por isso, mas acho muito importante falar) com grupos de extrema-direita, com lideranças políticas de direita etc. Porque acho que a gente tem que estar por aí, ocupando os espaços. Se alguma coisa fica (enfim, a maioria, talvez, não fica), se alguma coisa a gente consegue... Sabe aquela brechinha, que a gente vai indo, e também vai se nutrindo de outras brechas? A gente tem que ir provocando essas brechas, esses buraquinhos para ele ir nutrindo e nos nutrindo também.*

*E sobre a pergunta da Mara, a reforma do Estado... Mara, é muito difícil pensar... Por um lado, sempre penso: como a gente pensa em curto prazo, não é? Eu digo essa ideia do reencantamento, e penso o reencantamento com a*

*política. Para mim, é urgente. Eu fiz agora uma pesquisa muito grande com jovens, em quatro países da América Latina: México, Colômbia, Argentina e Brasil. E eu fiquei estarecida com esses jovens. Jovens muito preparados, enfim, no campo intelectual, também no campo político, mas absolutamente desencantados com o Estado, com as estruturas clássicas representativas. E eu entendo muito bem esses jovens... Então, como a gente recupera, reencanta esses jovens? Evidentemente que numa operação em longo prazo; uma operação que, por um lado, começa de baixo para cima. Então, é todo um processo de reestruturação social, movimentos sociais, coletivismos etc. E aí tem muita coisa, muitas experiências acontecendo.*

*Mas de cima para baixo, como a gente faz isso? Eu fico muito desesperada, porque a gente parece que está sempre sujeita a essas velhas estruturas que não mudam. Então, agora, por exemplo, temos que tirar o Bolsonaro. E é óbvio que nós temos essa urgência de tirar o Bolsonaro. Mas para tirar o Bolsonaro, a opção que aparece por aí é o Lulismo... E o Lulismo que volta de novo à velha estratégia do centro. E talvez seja a melhor estratégia, de novo, de colonizar o centro. Mas, a gente volta à velha estratégia... Então, o que eu estou, por exemplo, recolhendo nas minhas entrevistas? Aí entra um pouco em conjuntura, mas acho que é importante: são grandes setores populares que votaram Lula (no primeiro Lula), muito seduzidos, com potencial libidinal muito grande, com emoção, com paixão, e depois votaram no Bolsonaro, decepcionados com o Lula. Que votaram no Bolsonaro com a mesma paixão, sem pensar nessa ideia da esperança, do sonho, da reivindicação do diferente... Que ficaram decepcionados com as duas figuras (com o Lulismo e com o Bolsonarismo), e que hoje já voltam a votar no Lula... Mas, já sem essa paixão, sem esse afeto; votam simplesmente agora por uma questão de “voto pragmático, voto utilitário”.*

*Então, essa é um pouco a ideia que eu estou trazendo, a política nesse campo progressista parece que se transformou numa ideia utilitária, pragmática. Sim, há um legado que foi muito melhor... Então, a gente pôde recuperar a dignidade dos trabalhadores, mas sem essa utopia. Agora, para mim, reformar o Estado? Como, Mara? É muito difícil. Desculpe, eu não tenho realmente soluções, não é? É tão difícil... Eu me sinto muito desesperada. Eu vejo muito mais potência sempre por baixo das estruturas sociais do que por*

*cima, evidentemente. Mas, obviamente, a estrutura social, o dinamismo societário tem que conversar com o Estado. Porque sem representatividade, sem interlocução não vamos a lugar nenhum. Nossa, Mara! Desculpa. Não consigo muito responder. É meu desespero, também, com tudo isso.*

VERA PEPE (DAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*É muito interessante isso, não é? Eu me lembrei do Gramsci, quando ele fala do pessimismo da razão e do otimismo da vontade. Porque é isso. E várias pessoas colocaram aqui uma coisa, assim, de que é um cenário muito desolador e, de fato, é um cenário pessimista. Mas, se a gente não tiver o otimismo da vontade, é isso, a gente não caminha, não é?*

*Eu acho que tem mais algumas perguntas aqui. O Baldoíno Cunha pergunta: “Qual é o papel que você atribui à mídia, mainstreaming social, nesse processo de involução social, política e econômica pelo qual passamos aqui no Brasil?”. O Marcelo, ele faz duas outras perguntas: “Seria uma das estratégias do sistema neoliberal promover o processo de desfiliação?”, e a outra, a questão da escuta: “Promover a escuta não seria promover o reconhecimento a partir do próprio desejo? E que ele não precise busca-lo no olhar do outro?” Acho que já são bastante complexas, não é? [risos].*

ESTHER SOLANO (UNIFESP/UCM-ESPANHA)

*Nossa! Eu me sinto intimidada pelo Marcelo. Marcelo, eu sou cientista social. Então, o que eu entendo por escuta é muito precário, não é? Então eu vou começar pedindo perdão ao Marcelo, porque, assim, quando eu falo de escuta – vocês entendem que tenho as minhas limitações, tá, gente? –, o que eu quero falar quando falo de escuta? Eu até coloco um pouco ao Marcelo as minhas prerrogativas enquanto cientista social. É, por exemplo, o que eu faço, qual é a minha metodologia, a princípio, de trabalho, não é? Quando eu falo de escuta, eu acho que um primeiro passo é a ideia do reconhecimento da importância da escuta com aqueles segmentos sociais que não pertencem ao meu próprio campo ideológico afetivo, por exemplo. Então, acho que essa*

*coisa de sair do próprio campo de pertencimento, para mim, é muito importante. Eu comecei esse processo em 2015, pois era muito importante eu me deslocar, digamos, subjetivamente até outra fronteira de território que era a direita... Pessoas de direita com as quais, se eu naturalmente não me encontro no cotidiano, eu não me encontro porque não compartilho as mesmas ideias... E não me encontro afetivamente, tampouco, com elas. E aí eu decidi posteriormente (quando eu vi que o Bolsonaro realmente iria ganhar) fazer esse outro movimento subjetivo, me deslocar subjetivamente para dialogar com pessoas de extrema direita, com bolsonaristas – pessoas com as quais eu nunca, jamais iria compartilhar, de fato, lugares de encontro.*

*Então, eu acho que esse deslocamento, essa vontade de escuta, para mim já é um processo muito importante. E, de novo, me desculpa Marcelo. Porque talvez eu tenha, enfim, um conceito muito precário do que a escuta seja... Mas, para mim, esse deslocamento foi muito importante, essa vontade de entender o outro. Deslocamento, aliás, pelo qual eu fui muito criticada nos primeiros momentos, porque muita gente falava: “Ah, mas, aonde você vai? Você é uma louca. Esse povo é idiota, fascistas, não têm nada para falar”. Ainda, como sempre, misoginia, não é... A louca era eu, e não meus colegas homens, que também iam procurar esse mesmo conhecimento.*

*Então, esse deslocamento parece ser um deslizamento. Digamos que o desejo de entender as ações do outro... Desejo de entender, que um cara, por exemplo, que fala claramente para mim que a mulher é inferior ao homem... Do que aquele cara está falando? Eu decido entender isso e me bloquear, bloquear o meu próprio instinto de socar a cara, o rosto do sujeito, literalmente [Risos]. Então, é essa ideia de entender as reações do outro e, sobretudo, entender os afetos do outro. E aí eu entendi muito esse processo de voto no Bolsonaro que, para muita gente, foi definido por essa dinâmica da precarização das relações afetivas, precarização do trabalho, por um fator muito presente do medo.*

*O medo é um mundo muito acelerado. O medo é um mundo muito complexo. Por exemplo, quando a gente fala de pautas feministas, movimento negro, LGBT, que para nós são tão claras (absolutamente centrais), há muita gente que teme, de fato, que sentem medo... Medo das coisas que não conhecem e que não entendem, das quais elas se sentem não pertencentes.*

*Então, acho que essa ideia de você se deslocar e querer, genuinamente, entender o outro, para mim, isso é muito importante. E conseguir ou não... É claro que é muito complexo. Mas, o desejo de entender o outro e reconectar com esse outro é importante e perpassado sempre por esses paradigmas. Mas, eu devo confessar que nesse meu processo de quase quatro anos de conversar e conviver com o público bolsonarista, eu estou aprendendo muito. E, por outro lado (eu sempre conto a mesma piada), eu acho que é um processo recíproco de muita humanização. Então, as minhas entrevistas são muito longas... São duas ou três horas falando com uma pessoa, duas pessoas; e há uma conexão bastante muito forte, cresce muito a intimidade. E aí é interessante porque quando acabam as minhas falas, quando acaba a entrevista, eu me reconheço enquanto pessoa de esquerda, feminista. E muita gente que nem sabe – há muita gente que me diz: “Bom, você, para ser de esquerda, até que você é boa gente”, “Você parece até simpática para ser de esquerda, até boazinha para ser de esquerda, para ser feminista...”. E olha que coisa interessante, uma mútua humanização que é legal.*

*E, Baldoíno falou da mídia, não é? E a mídia brasileira... Absolutamente, concordo. Para mim, ela é muito culpada desse processo de desdemocratização progressiva permanente que a gente vive no Brasil. Eu acho a mídia brasileira, os conglomerados oligárquicos na mídia brasileira, criminosos, totalmente irresponsáveis. Eu sou uma das que vivo permanentemente angustiada e raivosa com essa mídia, porque ainda a gente a vê cometendo, de novo, as mesmas atrocidades. Então, assim... Lembra daquela coisa de “em quem votar”, nos dois extremos: Lula ou Bolsonaro? Essa ideia da polarização dos extremos como se fossem absolutamente iguais... Essas dinâmicas, da mídia, eu absolutamente concordo: ela é absolutamente culpada, irresponsável; e, de fato, é cocriadora dos monstros, sem dúvida alguma.*

VERA PEPE (DAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Eu queria falar aqui que a gente está registrando 3.200 acessos; e 137 desses acessos são simultâneos. Então, eu acho que essa mesa levantou uma*

série de comentários e de questões... *Eu vou continuar aqui nas questões. A Fernanda Fernandes pergunta: "O que fazer para reverter essa sensação de passividade que as pessoas vêm tendo, o não se indignar e o não se importar?". O Rui... Na verdade não é uma pergunta, ele falou duas coisas importantes, aqui. Ele é um coordenador de curso de graduação. Sobre essa questão de que os pais investem... Essa questão do investimento. E ele recebia mães, pais e avós perguntando qual era o problema dos filhos, e pediam um diagnóstico e uma indicação terapêutica. E Rui também diz que tem muita gente procurando ajuda por conta dos pedidos de tutela pelos pais de jovens LGBT; e finaliza agradecendo a reflexão e a lembrança.*

*E, eu vou agregar aqui uma pergunta, minha, em função disso... Porque, eu queria ouvir um pouco, se você pudesse falar, sobre essa questão, essas características do fascismo que o Umberto Eco coloca, né? Essa coisa da desvalorização, o desprezo dos fracos. O fascismo tem algumas características que são bem próximas a esse cenário que se deu na América Latina e no Brasil – um dos países da América Latina em que, felizmente, já conseguimos reverter... E em alguns outros países também. Essa é a pergunta para você.*

ESTHER SOLANO (UNIFESP/UCM-ESPANHA)

*Obrigada, Vera. Bom... Primeiro, Rui, eu também agradeço por compartilhar as experiências, sofridas enquanto professor. Você ter que escutar esses relatos... Sobretudo, porque eu me encontro muito perdida também. Pois, a gente sabe que são relatos de sofrimento derivados de condições sistêmicas estruturantes. Então, o que você diz para esse jovem? É realmente muito difícil. Você sabe que a saída não é individual, que a saída não vai ser, evidentemente, a medicalização... A saída é tão complexa, extremamente complexa, que eu me sinto realmente muito, muito perdida, com muita frequência, e muito impactada com os relatos dessa juventude que é tão potente, mas que está sofrendo tanto, não é?*

*Fernanda falou da passividade. No fundo, é natural pensar que essa passividade, Fernanda, ela surge quando o seu horizonte de ação está totalmente bloqueado. Quer dizer, eu não sei... Corrijam-me os que são*

*especialistas, mas imagino que chega a um ponto em que a luta pela sobrevivência, o cansaço da luta pela sobrevivência é tão grande... Gera uma coisa que não chega, e psiquicamente isso é muito difícil. Você gera, o tempo todo, outra possibilidade de vida biográfica, de futuro que não chega... Ele não chega. No extremo sul, um protótipo de sujeito, que foi muito derivado dos governos petistas, que a gente denomina “o órfão desencantado do petismo”. É Essa ideia de um sujeito que, num determinado momento viu que as suas possibilidades de ascensão social estavam sendo cumpridas; mas, num segundo momento, viu que, de novo, decaíram as possibilidades. Então, de novo, numa lógica neoliberal que mercantiliza a vida e que faz você entender que a sua dignidade e cidadania passam pela sua posição enquanto consumidor ou produtor... Essa queda na pirâmide de classe, essa queda na hierarquia de classe, provoca a você também a invisibilidade.*

*Então, esses desencantados com o petismo, que de alguma forma... Parecia que ia chegar seu momento, parecia que o Brasil ia ser o país do futuro, digamos, mas depois voltou a cair na pobreza, no desemprego, na descartabilidade. E são grupos sociais com muita complexidade que, de fato, a gente vê que, de um lado, respondem passivamente diante de uma possível construção futura, mas que por outro lado canalizam a sua indignação nos momentos catárticos do ódio como, por exemplo, esse neofascismo bolsonarista.*

*Então, eu diria que tudo isso é compreensível. Mas, por outro lado, o que eu também vejo é que, às vezes, as respostas alternativas de alguns grupos que a gente, num olhar um pouco apressado ou pouco atento, classifica enquanto passividade, mas depois vê que realmente não é assim. O que quero dizer com isso? O que eu falava antes... Há formas de organização coletiva que estão surgindo, que são talvez minoritárias, que estão simplesmente em pequenas proporções – nas proporções, digamos, do bairro, na proporção do território menor – são potentes, mas num olhar apressado nosso, confundimos isso com: “Ah, esse povo não está fazendo nada, está passivo”. Por exemplo, outro dia eu estava realizando umas entrevistas com mulheres conservadoras, numa periferia de São Paulo. E elas falavam assim: “Professora, a gente aqui não tem creche, não tem Estado, não tem nada. Então, o que a gente faz?”. E elas falavam muito mal do feminismo, diziam assim: “Vocês, feministas, não*

*estão preocupadas com a gente. Vocês só estão na universidade falando termos que gente não entende muito bem... Vocês não se preocupam pela ideia do cuidado com a infância, a ideia da creche que é fundamental. Venham aqui na periferia, venham conhecer nossos problemas”. Então, uma frustração muito grande com um determinado feminismo elitista, acadêmico, branco, que não contempla essas mulheres, por exemplo. E elas falavam assim: “A gente aqui está se organizando em rede de mulheres”, de novo, empresárias, de mulheres autônomas, empreendedoras, “mas, nós temos redes aqui de fortalecimento feminino”. Então, elas vinculavam a ideia da meritocracia, do microempresariado, com a ideia de um feminismo que, para nós, no campo do feminismo de esquerda é impossível, não é? Um paradoxo... Mas, para elas, por enquanto, funcionava e empoderava.*

*Então, é óbvio que não me sinto confortável com essa ideia de misturar meritocracia com feminismo. Mas, eu tenho que entender que, para elas, há certo empoderamento aí. Então, talvez de um olhar um pouco forâneo para essa realidade, eu posso julgar isso como passividade... Mas, talvez indo um pouco mais a fundo, eu consigo ver que há umas estruturas se movimentando aí, não é, Fernanda? Acho que é importante a gente contemplar essas outras estruturas, não é?*

*A Vera falava sobre o fascismo. Sem dúvida. Eu sou uma pessoa que reivindica a importância de trazer o elemento do fascismo para diagnosticar o bolsonarismo. Sem dúvida, é óbvio que vocês podem e são muito mais eficazes em fazer isso. Há elementos do fascismo, que para mim são elementos fundantes, que a gente encontra perfeitamente na caracterização do fenômeno do Bolsonaro. Essa ideia da subjugação ao líder, por exemplo. Então, um grupo social se subjugava ao líder, mas, por outra parte, é absolutamente agressivo com as pessoas que estão por baixo desse grupo. Então, é a ideia da subjugação àquele que está por cima (o líder) e a violência descarregada naquele que está por baixo.*

*A ideia de uma sociedade que se apega a valores tradicionais. Que não é uma sociedade aberta para vanguarda, para o futuro, para o progresso, para a modernidade. A ideia de uma sociedade que não lida bem com o contraditório. Então, prefere banir o contraditório, criminalizá-lo e não conviver com ele. A ideia de uma sociedade que convive excessivamente bem com o*

*místico, com o passado mistificado, o fundamentalismo religioso, o fundamentalismo branco... Essa ideia do pacto narcísico da branquitude, vários tipos de fundamentalismo e vários tipos de misticismo que não são coabitáveis ou combináveis com a lógica do convívio com as minorias, por exemplo. O antiacademicismo, a lógica do confronto ao pensamento crítico, por exemplo. Eu acho que são elementos absolutamente fundantes da raiz psicossocial do fascismo e que estão aí. E é por isso que a gente sempre diz isso no grupo de pesquisa: a nossa tarefa como campo democrático não é só a desconstrução de Bolsonaro, mas sim do campo desse fascismo do bolsonarista. Acho que é aí que está, para mim, o problema. Porque a gente tem elementos... Você vê todos em encontro. Os elementos que fundam o bolsonarismo são elementos que já estão presentes na estrutura social brasileira. E temos que ataca-los, porque esse fascismo está latente, está dormente, esperando que outro monstro apareça para florescer, não é?*

VERA PEPE (DAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Eu queria voltar um pouco, tentar fazer de novo o resgate do tema da mesa, com a pergunta da Maria Teresa Rosa... Eu acho que essa mesa cumpriu muito bem o objetivo dela, que foi fazer a discussão dos determinantes sociais do adoecimento e do transtorno, da saúde e do transtorno mental. E acho que James nos trouxe um pouco essa relação entre economia e a saúde e esse neoliberalismo como sistema totalizante, que traz um conjunto de princípios que vai definir, de certa maneira, aquele sofrimento, que não é um sofrimento coletivo, mas um sofrimento individual a ser patologizado e, portanto, a ser mercantilizado, não é? Eu acho que você complementa com essa discussão muito pertinente, sobre esse neoliberalismo e mercantilização da vida. Acho que você traz coisas para nós pensarmos nessa atuação no território, nessa questão da rede com a religião, a rede de apoio... Acho que a pergunta da Maria Teresa fala dessa coisa da invisibilidade – estou só resgatando algumas das coisas que você trouxe, porque acho que tem a ver com essa pergunta da Maria Teresa... Sobre a questão da invisibilidade e do sofrimento das pessoas que não têm emprego.*

*Eu estava escutando uma rádio, e estavam falando que o índice de pessoas resgatadas do emprego escravo tem sido o maior nesses três meses do que durante o ano passado. Eles fazem entrevistas com essas pessoas, e um dos entrevistados disse: “Olha, eu já tô no terceiro emprego. Fui resgatado e não consegui me inserir... Eu tenho família... então, voltei”. Então, o cara já foi resgatado três vezes, não é? Então, eu acho que é isso que você traz sobre a questão da rede de apoio, do cuidado... Não só o cuidado em termos da saúde mental... Mas, é isso: se a gente quiser resolver, a gente vai ter que resolver com as questões que são esses determinantes socioeconômicos do adoecimento.*

*Então a Maria Teresa pergunta assim: “Como lidar com essa “evolução” da sociedade como um fator de adoecimento?”. Eu acho que, para mim, é uma pergunta que fecha bem essa mesa de hoje, fazendo uma articulação. Também teve um debate, Esther... Acho que a gente ainda tem um tempo para que você possa abordar isso: a questão da política e de ciência. O quanto a gente está discutindo de político e o quanto isso é científico ou não. Afinal, o que estamos discutindo aqui, não é? É política ou é ciência? Você fala um pouco disso, da questão do sofrimento ser político... Mas, eu acho que a discussão do que a gente está fazendo, eu acho que também é uma coisa interessante de abrir um pouco essa discussão.*

ESTHER SOLANO (UNIFESP/UCM-ESPANHA)

*Obrigada, Vera! Bom, primeiro: o que estamos fazendo aqui é política e ciência, as duas coisas. E para mim, me desculpem, são coisas inseparáveis. Eu detesto aquelas falas que dizem que há uma suposta neutralidade científica... Que nós cientistas temos que ser políticos despolitizados. Isso me causa uma raiva. Isso é um processo, também, perfeitamente enquadrado na lógica neoliberal. Isso é a ideia do discurso técnico, como se existisse essa famosa objetividade, neutralidade, na técnica e na ciência. A ciência, mais do que nunca tem que recuperar a sua perspectiva política. E de vez, nós cientistas também fazemos política. Política em grandes letras. Temos que politizar a ciência, a educação, a academia, o conhecimento. Fazer política,*

*basicamente, para mim é construir um conjunto coletivo, um presente e um futuro coletivo. Nós temos que retribuir socialmente também. Então, eu advogo sempre, Vera, por uma intensa politização da ciência, politização da academia, e eu luto frontalmente contra esse discurso mentiroso de que a ciência tem que ser neutra ou que temos que ter técnicos e gestores, e não políticos. Uma das portas abertas para o fascismo é justamente essa ideia do gestor diante da política. Não! A gente precisa de políticos, sim! Precisamos politizar as relações sociais, politizar a vida, mais do que nunca. Então, essa gestão burocratizada, desumana, que olha para o Estado como se fosse simplesmente uma máquina a ser gerida, que olha para os seres humanos como números, como máquinas a serem geridas, isso é uma porta aberta para o fascismo. A gente precisa repolitizar a política, repolitizar o Estado e repolitizar, sem dúvida, a ciência.*

*E o que a Maria Teresa perguntou... Total! Para mim também essa é a pergunta. O que eu posso te dizer, Maria Teresa? Eu estou na mesma busca e, então, não tenho a resposta. Há algumas coisas que estão sendo produzidas que são interessantes. Por exemplo, há uma coisa que é legal, que eu gosto: a teoria do comum. É interessante, primeiro porque são teorias que derivam de autores periféricos e isso para mim é muito importante. Estou muito cansada também das teorias clássicas, que derivam dos velhos autores, homens brancos do centro produtivo de conhecimento. Então, é importante a gente buscar, também, formas de produção de conhecimento que venham de outros lugares epistêmicos. Essa ideia, por exemplo, de construir o comum, é uma ideia interessante. Nem de longe vai ser a resposta... Mas, por exemplo, eu me encontro confortável, trabalhando essa ideia de que a gente tem que abarcar o processo de construção dos afetos, das coisas, das possibilidades comuns. Eu tenho alguns autores que falam sobre isso, sobre essa ideia do processo da construção do comum, das possibilidades comuns e o reconhecimento de que nós temos muito mais projetos em comum do que diferenças que nos separam.*

*É claro que isso pode ser muito ingênuo... Mas, enfim, acho que estamos começando por esses lugares, lugares do pequeno, do concreto, do cotidiano, do dia-a-dia... Enfim, não sei. Mas, não queria acabar com uma fala triste... Porque o Deleuze tem um texto muito bonito, onde ele diz que a tristeza é uma derrota por si, porque a tristeza não constrói. A tristeza, ela fica no seu lugar, ela é apática, ela é cansada, ela é cinza... E a alegria é uma potência*

*construtiva, porque a alegria constrói pontes, é enfática. Então, nós temos que advogar também (e eu sei que é muito difícil) em termos alegria e potência nesses momentos de desconstrução, de fascismo e de monstruosidade. Mas, enfim, talvez mais do que nunca, hoje seja necessária essa alegria que assume que não podemos mais ficar numa derrota triste, que temos que construir a esperança começando pelo pequeno, pelo cotidiano. Bom pensar assim.*

VERA PEPE (DAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Bom... Muito obrigada, Esther! Eu acho que a gente fecha essa primeira atividade do dia. E eu me lembrei de uma poetisa da política, ciência e arte, que é a Cora Coralina. E ela fala um pouco isso, não é? Ela acredita na ciência, ela usa um termo muito pertinente para os dias de hoje, que é a profilaxia dos erros do presente no futuro. Então, se a gente puder fazer essa profilaxia dos erros do presente no futuro, eu acho que já é um ganho. Então, eu vou encerrar, eu acho que a gente tem aqui uma série de comentários que reiteram um pouco as coisas que foram faladas. Tem uma lembrança aqui: os parabéns para os intérpretes de Libras! O pessoal da saúde mental está fascinado... Porque eles dizem que as Libras, diferentemente de outros idiomas fonéticos, é um idioma do corpo. Então, muito obrigada a vocês duas que estão aqui conosco!*

ESTHER SOLANO (UNIFESP/UCM-ESPANHA)

*Obrigada, também! Eu queria me somar ao agradecimento. Muito obrigada.*

VERA PEPE (DAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Obrigada ao pessoal da tradução também: ao Jeff... Obrigada à Sulamita e Cristiane. Às 14h00 eu queria lembrar a vocês que vamos ter a mesa de encerramento e algumas dessas questões e colocações vão ser comentadas.*

*A gente vai ter como participante o Robert Whitaker, Ernesto Venturini e a deputada Érika Kokay. Então, muito obrigada a todos! Muito obrigada à Esther; a gente agradece ao professor James, que esteve aqui também e não está no momento, mas esteve conosco. E vamos considerar que podemos encerrar. Obrigada aos que ficaram até agora conosco e que fizeram todos esses comentários muito pertinentes e interessantes, não é?*

ESTHER SOLANO (UNIFESP/UCM-ESPANHA)

*Obrigada, Vera. Espero que ano que vem, ou próximo, a gente possa recuperar os corpos e nos abraçarmos, não é? Como é devido e necessário. Muito obrigada.*

## Roda de Conversa

Construindo alternativas viáveis de tratamento não psicofarmacológico

---

ANA PAULA GULJOR (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Boa tarde a todos e todas! Estamos hoje na última mesa do 5º Seminário A epidemia de drogas psiquiátricas, com a mesa: Construindo alternativas viáveis de tratamento não psicofarmacológico. É com muito prazer que hoje nós vamos receber para esse encerramento o Robert Whitaker, o Ernesto Venturini, Fernando Freitas, Paulo Amarante e a Érika Kokay. Esse seminário teve mais de 15 mil visualizações ao longo dessas três últimas mesas. É um seminário que já começou vitorioso na sua primeira mesa, com a reverberação de uma discussão tão importante como a questão das drogas psiquiátricas no Brasil e no mundo.*

*Então, nós vamos dar início. Eu sou a Ana Paula Guljor, sou coordenadora do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Sou psiquiatra, e eu sou uma mulher parda, com cabelo matizado caramelo. Estou com uma blusa verde coral e, atrás de mim, tem uma parede branca. Nós vamos dar início a essa recebendo o Robert Whitaker, jornalista e presidente do Mad in America. Por favor, Robert!*

ROBERT WHITAKER (MAD IN AMERICA/EUA)<sup>16</sup>

*Bem... Antes de tudo, é uma verdadeira honra e um prazer estar aqui e ver muitos velhos amigos. Eu estava dizendo para o Paulo, o Fernando e outros que eu gostaria de estar no Brasil agora. Mas, ainda é ótimo, um grande prazer estar aqui. Eu acho que esta conferência realmente está chegando em*

---

<sup>16</sup> Jornalista e escritor americano. Ganhou vários prêmios como jornalista cobrindo temas em medicina e ciência. Escreveu livros premiados em abordagem investigativa sobre a temática da indústria farmacêutica, drogas psiquiátricas e Psiquiatria. É o fundador e editor-chefe da Fundação Mad In America (plataforma on-line dedicada a repensar os cuidados psiquiátricos).

*um momento muito propício, um momento muito importante. Porque o que estamos vendo são líderes em psiquiatria, psiquiatria global, dizendo mesmo que é hora de mudar. Por exemplo, quando o Dainius Pūras era o ex-relator especial das Nações Unidas para a Saúde, quando ele estava se aposentando, ele disse que precisávamos de uma revolução no atendimento psiquiátrico, uma revolução nos cuidados de saúde mental. E ele falou sobre como precisávamos nos afastar do modelo de doença, que enfatizava drogas psiquiátricas, e passar para um modelo de direitos humanos.*

*E recentemente a Organização Mundial da Saúde também lançou uma publicação dizendo basicamente a mesma coisa: precisamos de uma revolução no cuidado, porque o que temos feito realmente não tem funcionado. Esse é um modelo centrado nas drogas e precisamos mudar para um modelo centrado nos direitos humanos. E nesse relatório da Organização Mundial da Saúde, eles olharam para uma série de alternativas de programas que estão surgindo em países ao redor mundo, que realmente crescem a partir de uma abordagem focada nos Direitos Humanos para a Saúde Mental. Então, bem rápido, nos próximos 15 minutos eu vou apenas falar sobre onde estávamos e, estando aqui, para onde podemos seguir.*

*Com o modelo de atendimento que tínhamos (e que tem sido realmente um modelo de doença) nasceu nos Estados Unidos, com a publicação do Diagnostic and Statistical Manual, em 1980, pela Associação Americana de Psiquiatria. E o que a Associação Americana de Psiquiatria disse em 1980? Foi isso: problemas psiquiátricos existem na cabeça do indivíduo e isso é um problema biológico, é uma doença do cérebro e isso foi devido a desequilíbrios químicos... E você precisa de drogas para consertar esses desequilíbrios químicos. Essa história não era realmente a verdade, mas deu a volta ao mundo. E, nessa concepção, o problema está localizado na cabeça do indivíduo. É de onde o transtorno mental se origina, é onde o sofrimento mental surge. E a ideia era a de que pudéssemos consertar esses problemas com drogas. E aqui estamos nós 40 anos depois... E o que vemos é o estouro dos distúrbios mentais escalando de país em país globalmente, por causa desse tipo de abordagem adotada.*

*Então, do ponto de vista da saúde pública, nós precisamos fazer algo diferente. Agora, o que você vê nessas chamadas para revolução é uma*

*concepção diferente, uma maneira diferente de pensar os transtornos mentais, e é realmente uma nova narrativa para organizar nosso pensamento em torno disso. E a nova narrativa (ou a narrativa alternativa proposta) realmente é isso: que de fato o sofrimento mental não surge apenas de dentro da cabeça do indivíduo, mas são muitos os determinantes sociais da saúde: pobreza, trauma, contratempos na vida, desigualdade... Esse tipo de coisa, em outras palavras, o sofrimento mental, muitas vezes, surge entre os espaços, surge em resposta ao ambiente. E essa narrativa, essa concepção suscita realmente uma questão filosófica. Em outras palavras, mostra que os seres humanos respondem aos seus ambientes. Somos criaturas sociais que, o que você precisa fazer? Precisamos substituir esse modelo de narrativa de doença por um modelo que reconhece que há esses determinantes sociais e, portanto, precisamos pensar nessas questões: como concebemos um ao outro? E como criamos ambientes que são mais estimulantes para todos nós?*

*E a grande diferença é essa: no modelo de doença, há essa linha divisória entre normais e anormais. E lá estão as pessoas anormais. E uma vez que você faz isso, uma vez que você diz: “Lá estão certas pessoas que são as outras... Que são anormais”, isso prepara o palco para todos os tipos de abusos, onde você para de ouvir as pessoas e autoriza forçar o tratamento com drogas. E você até diz que naquele modelo de doença certas pessoas não têm conhecimento de sua doença e, portanto, eles não precisam ser ouvidos. Na nova narrativa é diferente. Nesta mudança de paradigma, há o sentido de que enlouquecer, por assim dizer, ficar psicótico, ter um episódio maníaco, ficar deprimido, isso é uma capacidade presente em todos nós. E agora nós precisamos conceituar todos como iguais, como “nós”, em vez de dizer que há essa linha entre as pessoas anormais e normais. Isso está dizendo que ter esses problemas é ser humano.*

*Agora, uma das coisas mais bonitas está em, se olharmos para a história da psiquiatria, houve um momento (há mais de 200 anos), em que houve uma grande mudança de paradigma. Essa mesma reconceitualização da saúde mental que muitas pessoas estão dizendo hoje que precisa acontecer. E se você voltar ao final da década de 1790 (no mundo de língua inglesa, embora também tenha se espalhado por toda a Europa), na medicina da loucura eles tinham um modelo biológico e a ideia na medicina da loucura no século XXIII*

*era a de que as pessoas que enlouqueciam, na verdade, desciam para um nível inferior de ser, pois perdiam sua mente racional – que separa os seres humanos dos animais. E, por causa disso, a medicina da loucura tem todos os tipos de terapias horríveis. Havia a ideia de que as pessoas loucas não sentiam calor e frio, elas precisavam ser acorrentadas e ficavam ao relento... E havia todos os tipos de terapias médicas agressivas, como sangramento etc.*

*E, os Quakers, no norte da Inglaterra, disseram isso: “Aquele forma de cuidado, onde você acorrenta as pessoas e tenta domar as pessoas e as concebe como tendo descido para um nível mais baixo de ser humano – nós rejeitamos essa proposta”. Os Quakers disseram: “O que sabemos é que essas pessoas são irmãos, o que significa que somos parte de uma irmandade e precisamos fornecer a eles (àqueles que estão sofrendo e lutando dessa maneira) a mesma coisa que todos nós precisamos – o que significa: abrigo, comunidade, boa comida, esse tipo de coisa”. Então, eles reconceituaram o que estava acontecendo de “essas são pessoas que perderam a sanidade”, para “Não! Essas pessoas são irmãs, elas são filhas de Deus”, eles disseram, “Não sabemos o que causa a loucura, mas sabemos que eles são filhos de Deus, e por isso acreditamos que eles têm uma chance de recuperar sua sanidade... E o que precisamos fazer é construir um ambiente de apoio para essa recuperação”. Então, eles construíram um retiro em York, Inglaterra, e neste retiro, a ideia era tratar as pessoas com bondade: “As pessoas vão se vestir, vamos garantir que haja boa comida, estarão na natureza, porque a natureza pode ser curativa, e teremos exercícios e esse tipo de coisa”. Então, vimos uma mudança no pensamento, na reconceituação de pessoas que perderam sua humanidade para pessoas que são como nós, irmãos.*

*E, adivinhe o que aconteceu? Essa ideia se firmou entre os Quakers (nos Estados Unidos) nos anos de 1890, e a ideia era a de que a bondade era importante, a gentileza, alimentação, exercícios... A ideia era a de que você pudesse refletir um espelho nas pessoas e mostrar que tiveram a capacidade de se organizar e estar na sociedade novamente. E essa reconceituação realmente produziu resultados muito bons, melhores taxas de recuperação e, é claro, um respeito às pessoas, aos seus direitos humanos.*

*E por cerca de 30, 40 anos, nos Estados Unidos e em outros lugares, isso se tornou a forma de cuidado. Era uma forma não médica de cuidado. E os*

*historiadores voltaram e disseram que cerca de 2/3 das pessoas que entraram nesses retiros em sério sofrimento, realmente sofrendo, melhoraram e puderam voltar para a comunidade. E estou dizendo isso hoje porque é uma história de reconceituação que aconteceu, e novas terapias aconteceram, novas abordagens aconteceram... E acredito que estamos neste mesmo momento hoje, em que temos um modelo centrado na doença, que não funcionou e levou a todos os tipos de abusos... E há um apelo crescente para uma revolução, um repensar. E eu acho que esta conferência hoje vai muito nesse sentido. Como podemos reconceituar coisas e fazer as coisas de forma diferente? E, quais são alguns dos desafios para isso?*

*Bem... Desafio número um: dinheiro. E quando digo dinheiro, quero dizer que o modelo de doença forneceu muita receita para as empresas farmacêuticas. E, além disso, existem modelos de prestação de cuidado construídos em torno desse modelo de doença – o que significa medicar as pessoas, levar as pessoas para dentro e para fora do hospital rapidamente, mantendo-as sob o uso dos medicamentos depois de saírem. E quando você tem sistemas de cuidado que são construídos em torno de um determinado modelo, e que geram receita para essas pessoas, nesses sistemas de atendimento, há sempre resistência a uma grande mudança. Então, esse é o primeiro tipo de desafio para uma abordagem de direitos humanos: insistência em um modelo engessado, com foco no lucro.*

*O segundo desafio é esse: com o modelo de doença, há muito tratamento forçado, as pessoas são ditas psicóticas, elas são mandadas para hospitais e lá são medicadas à força e cada vez mais. Em muitos países (pelo menos nos Estados Unidos), mesmo depois de saírem, elas são obrigadas a tomar medicamentos antipsicóticos. Elas permanecem sob o controle essencialmente tutelar da sociedade, e isso se justifica por essa ideia: “As pessoas que são psicóticas carecem de insight sobre sua doença e, portanto, eles não têm autoridade sobre suas próprias vidas... Portanto, a sociedade pode determinar como eles devem viver suas vidas, incluindo uma medicação forçada”.*

*Em 2008, houve uma reunião da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU), e aqui está o que eles disseram sobre o tratamento forçado: “O tratamento forçado é um tipo de tortura. E todos os*

*países que aderem a essa convenção devem parar com o tratamento forçado”. E, claro, para o tratamento forçado é usado como uma espécie de elemento de controle social; e parte dos direitos humanos é parar o tratamento forçado – o que significa que as sociedades têm que desistir desse tipo de controle social em que confiaram antes. E a segunda coisa é informar o consentimento. Em outras palavras, se fizermos essa mudança, temos que devolver às pessoas o direito de começar a dizer que tipo de tratamento elas querem... Dar a elas a tomada de decisão sobre isso. E, então, temos que estabelecer sistemas de cuidados que permitam que as pessoas tenham tomadas de decisão e recuperem a autoridade sobre suas próprias vidas e escolham como seguir em frente. Isso é parte do desafio.*

*Um dos problemas que tivemos com o modelo de doença é isso: uma história foi contada... E ela não é verdadeira. E a história era a de que essas drogas consertam quimicamente os desequilíbrios no cérebro e, portanto, elas são como insulina para diabetes. Você olha para a ciência e vê que isso simplesmente não é verdade. E em uma abordagem de direitos humanos na saúde mental, o consentimento informado é, novamente, uma característica central, porque você está dizendo para as pessoas que estão sendo tratadas: “Você precisa ter o direito de tomar decisões sobre que forma de tratamento você quer”. E desde a segunda guerra mundial, a característica essencial da medicina ética tem sido o consentimento informado. Em outras palavras, os provedores de saúde precisam ser honestos sobre quais são os riscos e benefícios do tratamento. Nós não tivemos esse consentimento informado com o modelo de drogas... E o que precisamos fazer é um novo modelo, que fale sobre medicamentos de forma honesta, sobre o que sabemos que eles fazem e não fazem, quais são os riscos, esses tipos de coisas.*

*Por isso precisamos trazer o consentimento informado para este novo modelo. Temos de encontrar formas de não ter tratamento forçado e acredito que temos de dizer a nós mesmos que o ambiente importa. Em outras palavras, temos que criar ambientes que sejam seguros, não ameaçadores, que forneçam comida às pessoas, que ajudem, esperançosamente, as pessoas a encontrar sentido na vida... É a nossa obrigação uns para com os outros. Isso é o que significa uma abordagem de direitos humanos; é tentarmos ajudar as pessoas a recuperarem um lugar na comunidade, ter abrigo, ter acesso à*

*comida, ter acesso à saúde. Então, quando falamos sobre isso... É como a sociedade precisa reorganizar a maneira de oferece seus cuidados.*

*Agora, finalmente, bem rápido, vemos alternativas surgindo em diferentes países que estão adotando essa abordagem, essa reconcepção mais humana, que começa com o entendimento de que existem determinantes sociais para a saúde e o sofrimento psiquiátrico. Eles, muitas vezes, surgem dos espaços intermediários de um povo e não apenas na cabeça do indivíduo. E temos Soteria Communities se formando, onde ao invés de tratar as pessoas em um hospital, você tem pessoas indo para uma residência, onde elas podem estar com outras pessoas. O uso de antipsicóticos geralmente é de forma seletiva. Se as pessoas querem as drogas, ótimo; se elas não querem as drogas, tudo bem também. A ideia é fornecer abrigo... Você não força o tratamento nas pessoas, você tenta mantê-las seguras. Por exemplo, em Israel, hoje existem várias casas Soteria surgindo. E “Soteria” vem de um experimento que foi feito nos Estados Unidos na década de 1970. E a propósito, este método de tratamento não forçado produziu melhores resultados... As pessoas, dois anos depois, são mais propensas a trabalhar e tentar ter uma boa vida social. De qualquer maneira, em Israel, várias dessas casas estão surgindo. Agora tem os HMOs (Health Maintenance Organization) – o sistema de saúde está pagando por essa forma de cuidado. E cada vez mais Israel está tentando dizer que essa deve ser uma forma de cuidado de primeira linha, e não a hospitalização e tratamento com drogas forçado. Então isso está acontecendo.*

*Há a terapia de Diálogo Aberto, que veio do norte da Finlândia... E foi realmente pioneira, na década de 1990, a ideia de mover até mesmo os cuidados de emergência do hospital para as residências, em ambientes domésticos, não forçar as drogas sobre as pessoas, compartilhar a tomada de decisões. E, novamente, eles, no Diálogo Aberto, no norte da Finlândia, eles reconceituaram o problema. O problema não estava na cabeça do indivíduo, mas nos espaços intermediários.*

*Há uma iniciativa sem medicamentos acontecendo na Noruega, que foi encomendada pelo Ministério da Saúde. E há até um centro residencial que se autodenomina “o primeiro hospital livre de medicamentos do mundo” para atendimento psiquiátrico. Ele não é realmente livre de medicamentos... Você*

*pode tomar medicamentos, mas também é um lugar para diminuir os medicamentos. E o que eles fazem é cuidado com o meio ambiente: boa dieta, exercício. E há pessoas com experiência de vida servindo como mentores lá. A ideia toda é ajudar as pessoas a voltarem ao trabalho, a recuperar suas vidas sociais completamente e, de novo: a ideia é a de que o ambiente pode ser curativo. Trata-se de ambientes de cura, focados em parar a patologização e em ajudar as pessoas a voltarem à sociedade.*

*Também estão surgindo nos Estados Unidos, casas de repouso geridas por pares (peer-run). Por peer-run, quero dizer pessoas que estiveram no hospital e agora trabalham nestas casas. E, novamente, em vez de pessoas irem para o hospital, elas vêm a estas casas de repouso para cuidados de emergência, aonde não há tratamentos forçados. Se as pessoas quiserem tomar drogas, tudo bem; senão, tudo bem também. E é sobre estar um com o outro... Boa comida, encontrar o sono, ajudar as pessoas a se sentirem valorizadas. Essa é a forma de cuidado, ao invés de tentar consertar uma doença.*

*E, é claro, você tem as redes de ouvidores de vozes que se espalham por muitos países. E ouvir vozes, novamente, é mais do que ouvir vozes como um sintoma de uma doença... É apenas uma parte do modo como certas mentes funcionam. E você pode ter grupos de apoio para ajudar uns aos outros a aprenderem a viver com essas vozes. E não é patologizando... É dizendo que isso faz parte da experiência humana.*

*Então, para encerrar, o que estou tentando dizer aqui é que estamos em um ótimo momento; estamos em um momento de oportunidade. Estamos vendo aqui nesta conferência aproximadamente 15 mil pessoas sintonizadas nisso. Na Mad in America agora tem algo como 11 países afiliados – é um site que eu dirijo para repensar a psiquiatria. Eu e outros dirigimos, não deveria ter dito “eu”, já que há vários de nós que estão dirigindo: há um Mad in Brasil, há um Mad in Espanha, há um Mad in México... E todos estão dedicados a criar uma nova narrativa em que possamos organizar nosso pensamento, organizar nossos cuidados. Ao redor e em todos os lugares que vamos, tem a sensação de que o antigo modelo de doença falhou... Não reduziu a carga de transtornos mentais na sociedade e, em vez disso, aumentou. Os resultados em longo prazo com cuidados centrados em drogas não são bons... Então, nós*

*chegamos a este momento onde há uma chance de uma mudança de paradigma, uma nova narrativa. E o fato de estarmos vendo isso nesta conferência... Vendo isso vindo do ex-relator especial da ONU para a saúde das Nações Unidas, vindo da Organização Mundial da Saúde... Todos pedindo uma revolução. E é aí que estamos. E acho que é um momento muito otimista para ter essas discussões coletivas sobre a necessidade de uma revolução em nosso pensamento, em nosso pensamento social. Então, obrigado. É como eu disse: é um verdadeiro prazer e uma honra ter a chance de falar sobre isso!*

ANA PAULA GULJOR (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Muito obrigada, Robert, por suas palavras! A gente está fechando esse momento com chave de ouro. Um momento de pensar, como foi dito em diversas vezes, na utopia, na esperança, e em uma estratégia robusta, uma estratégia real de transformação dessa lógica biomédica. Nós tivemos a experiência de ouvir a Helisleide, de ouvir a Rosângela, o Peter, falando das suas experiências e do quanto outras estratégias não farmacológicas foram fundamentais para a reorientação das suas vidas, para reafirmarem uma existência de felicidade, uma existência de produção de novas subjetividades. Isso é fundamental. Que a gente possa trazer aqui para o Brasil esse debate. Quero te agradecer muitíssimo! Você que é nosso parceiro desde o primeiro seminário, apoiando com o Mad in America, e a criação do Mad in Brasil – que hoje tem como editores o Fernando, o Paulo, e essa produção é organizada pelo LAPS. Eu vou dar sequência Muito obrigada, Robert, de coração.*

*E vou dar sequência às nossas falas convidando o professor Ernesto Venturini para fazer a sua exposição. O professor Venturini é italiano... Mas, é um italiano quase brasileiro! Sempre conosco aqui no Brasil, também apoiando diversas iniciativas junto ao LAPS, como os seminários. Venturini é membro da Psiquiatria Democrática Italiana e também consultor da OMS; foi um dos personagens, uma das lideranças na construção do modelo triestino de orientação do Cuidado em Saúde Mental. Venturini, muito bem-vindo! Muito obrigada pela sua participação. A palavra é sua.*

ERNESTO VENTURINI (CONSULTOR OMS / PSIQUIATRIA DEMOCRÁTICA - ITÁLIA)<sup>17</sup>

*Então, boa tarde! É uma grande alegria, uma grande honra estar com vocês, parabéns por esse seminário. Então, eu tive uma indicação sobre esta roda de conversa, sobre o problema do psicofármaco, mas acho que a minha intervenção pode ser ampliar a discussão. Eu mesmo fiz algumas perguntas. A primeira pergunta é: por que excluir os psicofármacos? Eu vou ler, pois, às vezes, é mais fácil para mim. Os gregos antigos estavam cientes da natureza problemática do remédio, que chamavam com uma única palavra: farmakon – que significa, ao mesmo tempo, tratamento e veneno. Mas essa problematização, hoje, na sociedade neoliberal, do mercado, parece ter desaparecido. E como este seminário mais uma vez confirmou, os efeitos positivos das drogas psiquiátricas são poucos e incertos, sem justificativa científica. E os efeitos negativos são muitos e duradouros, constituindo uma camisa de força química para uma grande parte da população (até os idosos e as crianças). No entanto, é preciso ter clareza: o inimigo não é o fármaco em si. Há muitas e muitas situações, o essencial é ajudar e reduzir o sofrimento das pessoas. O inimigo é a ideologia biomédica que tem pouco de científico e que provoca dependência e cronificação através de prescrições incorretas, inúteis, sem limites.*

*Surge uma segunda e mais importante questão: o que significa curar? Qual é a substância do cuidado? A partir da minha experiência no final da década de 1960 (eu sou um jovem [Risos]), um princípio ficou claro para mim: o tratamento liberdade. O protagonismo dos pacientes e o questionamento do poder dos terapeutas mudaram totalmente o cenário e a perspectiva da saúde e da doença. Os diagnósticos tradicionais haviam perdido sua fixidez e importância, os medicamentos não deram a cura de uma doença, mas só uma*

---

<sup>17</sup> Psiquiatra com Especialização em Neurologia e Psiquiatria (Universidade de Pavia) e em Gestão de Serviços (Universidade Luigi Bocconi/Milano). Mestrado em Administração e Gestão dos Serviços da Saúde (Universidades de Montreal/Canada, Bologna, Modena, Reggio-Emilia, Parma/Itália). Foi colaborador de Franco Basaglia no processo de desinstitucionalização na Itália, no cargo de médico chefe. É colaborador de Universidades italianas e internacionais e autor de vários livros e artigos sobre direitos humanos, saúde mental e reforma psiquiátrica. É consultor da Organização Mundial da Saúde (OMS) e ativista da Psiquiatria Democrática Italiana.

*ajuda bruta – e nem mesmo a mais significativa. Aquela que eu tive oportunidade e privilégio de viver foi uma verdadeira revolução que reduziu o peso das técnicas terapêuticas tradicionais. Isso acontecia mais à medida que novas perspectivas de empoderamento eram lançadas – por exemplo, cooperativas de inserção laboral (em Trieste), atividades de integração social – e daí eram avaliados positivamente os recursos subjetivos do paciente e do seu contexto familiar, social e cultural. O que resume esse processo é a afirmação basagliana: “colocar a doença mental entre parênteses”, isto é, trazer à tona as necessidades do sujeito por trás da máscara da doença. Isso, em última instância, significou colocar a psiquiatria entre parênteses. Essa experiência foi alcançada na reforma de Saúde Mental (a italiana e brasileira, por exemplo, mas também na Espanha, na Argentina, na Suécia), ainda que com mediações que reduziram muito sua eficácia. E se neste momento existe certa deterioração na sua implementação, devemos levar em conta o ataque feroz do neoliberalismo... Mas, o testemunho da vontade desses processos permaneceu cientificamente incontestável.*

*Se olharmos para outras experiências – Whitaker falou sobre alguma delas – em saúde mental, recente, descobrimos que o mesmo Open Dialogue (Diálogo Aberto), por exemplo, não exclui o uso de drogas psicotrópicas. O seu uso, fortemente reduzido e controlado, é consequência do papel diferente e importante desempenhado por todos os envolvidos no processo dialógico e coletivo. Também a experiência de Soteria, que conheci diretamente, se limitou à permissão do uso de drogas nas primeiras semanas (primeiras seis semanas). Havia 10% de sessões e as drogas poderiam ser usadas após o período inicial. Também, neste caso, o foco de tratamento não era apenas a redução do medicamento. Outros parâmetros davam consistência ao resultado... Como o Whitaker já falou, era um tratamento não fechado, não hospitalizado, a situação da casa era não institucional, e era mantido o vínculo dos hóspedes com suas redes de relações sociais. Acima de tudo, o pensamento e a prática dos operadores não-profissionais e sua flexibilidade, capacidade de entender e integrar a linguagem e as necessidades das psicoses na vida cotidiana comunitária.*

*Então, tem uma terceira questão: para quem? Ou seja, quem é o protagonista do tratamento? O que as experiências que mencionei têm em*

comum? *Elas não se referem a um modelo, mas a um paradigma verdadeiramente novo. E aqui eu vou dar a minha definição do paradigma. Como o Whitaker já falou... Podemos chamar de paradigma de cuidado baseado nas pessoas, baseado nos direitos humanos. E não pretendo me referir apenas ao paciente, mas também aos familiares, aos profissionais, entre outros... E, de forma mais geral, à pessoa entendida como portadora de direito de cidadania; é o que usualmente chamamos de saúde mental, em oposição à psiquiatria.*

*O modelo de saúde comunitária no qual se opera uma mudança social da norma, respeitando a integração das diversidades e tendo em consideração os determinantes sociais é algo muito mais complexo do que modelo biopsicossocial que apresenta uma formulação hipócrita, e que mal dá substância ao cimento ético científico que deveria integrar essas instâncias. Eu prefiro definir este segundo modelo – que, infelizmente, prevalece na maioria dos países – como paradigma do tratamento centrado na disciplina, ou melhor, centrado no conhecimento, no poder do terapeuta. Ele desempenha uma função de controle social, que já foi falado, que não era realizada apenas pela psiquiatria, mas também pode ser realizada pela psicanálise, pelas psicoterapias, que podem ter um olhar classificador e causar dependência, normalização, domesticação do conflito social e, como hoje se falou: despolitização.*

*Disse a Sra. Joanna Moncrieff: “Acredito que a psiquiatria é uma atividade fundamentalmente política e um dos aparatos informais de controle social que a sociedade alegou para administrar comportamentos socialmente problemáticos”. Concordo com esta declaração, porque saúde e doença, mesmo na relação dual em um caso, ou também em um divã psicanalítico, são sempre um problema social; e o ato terapêutico é sempre um ato político. Por isso, penso que nós, psiquiatras, que somos ligados ao juramento hipocrático – mas, também todos os terapeutas – deveriam ser traidores do mandato do controle social que nos é atribuído. Ou melhor, ser traidores da traição cometida pelos aparatos de controle social, que não respeitam os direitos dos “anormais” (ou todas as pessoas, claro). Se o peso da corrupção externa, da Big Pharma e a lógica mercantil do neoliberalismo é importante para o consumo alargado e irresponsável dos psicotrópicos, devemos pensar que este*

*consumo depende, também, da perda, da diminuição, da tensão ética, científica, política, que deveria estar por trás dos cuidados.*

*Hoje, James Davies nos deixou claro, mostrando, por exemplo, a “adesão espontânea” do sistema de saúde à lógica neoliberal. Depende, em essência, da ideia que nós temos da cura, da capacidade de enfrentar o poder repressivo da psiquiatria em sua totalidade. Porque o modelo biomédico reduz as pessoas em reações bioquímicas, mas também (e não devemos esquecer) aprisiona fisicamente os corpos em estruturas repressivas, nos vários e numerosos manicômios, entre os quais as comunidades terapêuticas – locais de confinamento, de miséria e de repressão dos mais frágeis da sociedade. E continua, assim, a reproduzir no imaginário coletivo irrecuperabilidade e o perigo dos loucos.*

*A luta contra o manicômio e a defesa do Sistema Único de Saúde (o SUS) continuam sendo fundamentais para derrotar o paradigma centrado no conhecimento, no poder psiquiatria. A liberdade é terapêutica. Portanto, penso que a resposta ao tema desta mesa (Qual proposta? Que alternativas?), deveria sair não só de nós, que aqui estamos, mas dos usuários, dos familiares, de profissionais do SUS... São eles que deveriam ser consultados. Acho animador, por exemplo, nesta época triste que vivemos no Brasil, a publicação de uma carta de mil profissionais em defesa da Rede de Assistência psicossocial (a RAPS). É o nascimento de um movimento associado como ciclo de debates da psiquiatria, democracia e cuidado em liberdade, que surgiu para contrariar as declarações da Associação Brasileira de Psiquiatria e do Conselho Federal de Medicina, com a vontade de afirmar “not in my name”. Como os participantes deste movimento dizem com razão, o consultório tradicional (o setting da clínica) deve subordinar-se ao território, o espaço onde se produz cidadania.*

*E, volto a concluir, para colocar minhas considerações em prática, eu formulo 4 propostas. Eu não sei... Claro, pode ser para a Fiocruz, mas poderia ser, por exemplo, apresentada na próxima Conferência Nacional de Saúde.*

- 1) A primeira: estabelecer um prêmio anual (pela FIOCRUZ, ABRASME, não sei...), para as boas práticas na saúde mental, as alternativas ao modelo biomédico, coletando os relatórios da Secretaria de Saúde,*

*institutos e universidades, associações dos usuários, da família. O painel de jurados deveria consistir principalmente de pacientes e familiares.*

- 2) Segundo: proponho também que as mesmas instituições promovam uma pesquisa e uma iniciativa científica cultural que limite os danos dos diagnósticos psiquiátricos, estabelecendo, por exemplo, um número máximo de anos – três, ou cinco, ou dois, não sei... –, de valor administrativo para o diagnóstico psiquiátrico, contestando, deste modo, qualquer determinismo da cronicidade. A crise tem que acabar. Não pode ser perpétua, eterna. O processo de diagnóstico deveria eventualmente ser retomado, realizado coletivamente e por sujeitos diferentes do anterior. Para mim está claro que o principal problema para enfrentar é a patologização do sofrimento – que, por meio de um diagnóstico, representa a porta de entrada para o sistema de uma injustificada medicalização. Primeiro, é contrastar a patologização e medicalização.*
- 3) A terceira proposta para reparar os graves danos causados pela crônica dependência psicofármacos: proponho a criação de um serviço de desprescrição de psicofármacos para uma área populacional de 300, 500 mil habitantes em um CAPSad. A desprescrição é um direito fundamental da pessoa; então, tem que ter uma resposta, resposta pública. O serviço deveria incluir a presença de usuário, um familiar e um psiquiatra após treinamento adequado.*
- 4) Por fim, proponho que, para evitar uma transição fácil do diagnóstico para a prescrição do medicamento, seja identificado um limite para prescrição, a ser implementado só após um intervalo de tempo e apenas em face de uma clara gravidade sintomatológica. Porque o medicamento não pode ser o único ou mais importante tratamento, e nem o primeiro. Além disso, o uso de medicamentos “de pó” deveria incluir um espaço de tempo, uma injeção a cada três semanas... Deveria incluir um tempo máximo de prescrição, e um controle, muito atento.*

*Todas estas propostas remetem, implicitamente, ao problema da formação dos profissionais: psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais que atuam no serviço público. Pode ser que tenha sido erroneamente assumido que, para realizar uma reforma, bastava propor apenas um novo modelo organizacional. Mas, no tratamento em liberdade, a prática de saúde mental comunitária precisa construir escolas de Formação e troca de experiências. Os departamentos de Psiquiatria, até agora, não mostraram capacidade e vontade de oferecer esta formação (os departamentos de psiquiatria universitários). Enquanto, por outro lado, deveriam ser estimuladas as possibilidades que existem nas universidades brasileiras (principalmente as federais), de alcançar essa possibilidade de formação. Felizmente, existem alguns cursos, nacionais e internacionais, de grande importância – como este oferecido pela Fiocruz – que compensam esta deficiência.*

*Hoje, há uma pergunta: o que fazer? Qual é a perspectiva futura? James Davies pareceu um pouco pessimista, falando que – e o pessimismo da razão –, Ele disse que acha que até existe, mas nesse sistema econômico é difícil de imaginar uma possibilidade de saída. Sem dúvida... Ele tem razão. Mas, eu acho que existe lugar de resistência, lugar de possibilidade, de enfrentar as coisas com coragem, esperança... Como é, por exemplo, o SUS, como é, por exemplo, a reforma brasileira. E eu acho que a gente deveria se sentir orgulhoso e melhorar, por exemplo, como a diminuição do uso dos fármacos. Então, há muito que fazer; e o desafio é grande e tentador. Então, lhes desejo parabéns, eu acabei minha intervenção, obrigado.*

ANA PAULA GULJOR (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Nós te agradecemos, Venturini. É importantíssima, a sua fala, trazendo essas vertentes, estas alternativas estratégicas, alternativas concretas e realizáveis. Apesar do momento que nós atravessamos, temos experiências exitosas na história do movimento antimanicomial no Brasil... Com as suas diferenças, com as suas dificuldades, mas com muita potência. Ouvir das experiências internacionais, como diálogo aberto e a experiência de Soteria, nos mostra o quanto isso é possível. Mas, também fundamental pensarmos*

*que a formação (e é o que você traz, ao falar da questão do paradigma) é a mudança de visão de mundo... É a desconstrução de uma forma de entender. E eu gostei muito quando a Joanna repete de forma reiterada essa ideia do tratamento droga-centrado – que fala desse paradigma biomédico, do modelo biomédico, na sua lógica biologizante, onde a única forma de cuidado é ser prescritor. Os profissionais acabam se transformando em prescritores e não em cuidadores, E esse lugar dos afetos, das outras estratégias, onde entram as práticas integrativas, onde entra a escuta, o cuidado como atitude... É sempre um marco, é uma imagem objetivo. Muito obrigada, Venturini, pela sua fala.*

*Atualizando o que eu tinha falado no início: nós já temos nesse seminário, até agora, em torno de 20 mil acessos... Isso significa que nós podemos colocar uma gotinha dessa pimenta transformadora, dessa pimenta de utopia e de revolução, nessa discussão do cuidado em saúde mental.*

*Na sequência, agradeço a presença da deputada Érika Kokay, que é a presidente da Frente Parlamentar em Defesa da Reforma Psiquiátrica, do Congresso Nacional (é uma frente parlamentar Federal). Vou convidá-la... Ela que também é a nossa parceira, parceira aqui da FIOCRUZ, parceira do LAPS, de muitas décadas nessa luta (e também em várias outras). Essa parlamentar aguerrida da defesa das causas dos direitos humanos, de populações vulnerabilizadas. Muito obrigada pela sua presença, e é sua a palavra agora, deputada!*

ÉRIKA KOKAY (DEPUTADA FEDERAL/ FRENTE PARLAMENTAR EM DEFESA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA)<sup>18</sup>

*Eu começo me auto descrevendo: eu tenho cabelo bem curto, eu uso óculos para leitura, meu cabelo é meio branco, meio louro, enfim. Eu estou com um colar verde claro e com um vestido rosa. Atrás de mim tem uma parede gelo, com uma foto, um quadro de uma mulher que voa, para mostrar que a gente pode voar... Para mostrar que tem razão, a Frida Kahlo, quando diz “Para que a gente precisa de pernas, se a gente dá conta de voar?”, e voar*

---

<sup>18</sup> Psicóloga de formação e deputada federal (DF). Coordenadora da Frente Parlamentar em Defesa da Reforma Psiquiátrica.

*significa a conquista de uma liberdade, que faz com que nós possamos exercer uma humanidade que, sem a liberdade, não pode ser vivenciada. E não há liberdade sem, também, a afetividade e sem nós nos sentirmos donos e donas do nosso querer, do nosso sentir, do nosso pensar. Esses são os princípios da reforma psiquiátrica, penso eu. Esses são os princípios desse vento, dessa lufada de liberdade que fez com que nós tivéssemos uma legislação nesse país que refutasse, reconhecesse os manicômios como holocausto, e ao mesmo tempo pudesse superá-los e destruí-los, desconstruí-los... Para que nós pudéssemos construir um cuidar que, se não for em liberdade, não é cuidar.*

*A gente fala muito que é preciso cuidar em liberdade, e a gente tem uma convicção de que só se cuida se for em liberdade. E o sentido, a essência da reforma psiquiátrica pressupõe que nós tenhamos os espaços de fala e os espaços de construção coletiva... Esse protagonismo, esse resgate de uma identidade que é muito dilacerada dentro das estruturas manicomiais, que persistem... E nós nos deparamos com elas de quando em quando, nessa nossa contemporaneidade, apesar de todo esforço, de todo sofrimento e de toda a conquista que é a Reforma Psiquiátrica.*

*Eu me lembro de uma das primeiras visitas que fiz a um hospício, ainda estudante de psicologia. E algumas coisas me chamaram bastante atenção. Eu estava em um hospício, e neste hospício as pessoas não tinham roupa, e não tinha nada que elas pudessem identificar como parte delas mesmas, ou como expressão delas... Não tinham recortes identitários quaisquer que fossem. Então, ali não havia plantas e havia uma estrutura carcerária. E as pessoas sem roupa... e, ao urinarem, havia um cheiro, um cheiro que ficava impregnado, e que faz com que nós tenhamos, todos os dias, que reafirmar os princípios da luta da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, para que ele possa sair das nossas memórias... O cheiro de componentes químicos. Um cheiro de remédio... É isso que saía: um cheiro de remédio. E as pessoas, absolutamente, arrancadas delas mesmas, muito em função de uma terapia medicamentosa – que fazia aquilo que foi dito pelo Venturini, o que não deve ser feito: o medicamento nunca pode ser ou dar a última palavra, ou ser a única palavra ou ser a principal forma de abordagem. Isso porque nós temos a humanidade... Que pressupõe vários aspectos para que ela, a humanidade, possa ser reconhecida e para que ela possa ser fortalecida. Então, o cheiro*

*que ali era exalado, era um cheiro de medicamento, e as pessoas estavam absolutamente possuídas pelo próprio medicamento.*

*E lembro, em outra ocasião, em que estive em uma aula da matéria de psiquiatria, na universidade. E ali, o que eu via? Eu via uma pessoa, uma pessoa com sofrimento psíquico, um transtorno, que estava no meio de uma roda de estudantes e professores. E a pessoa ia falando o que ela sentia, os seus sintomas e, a partir daí, havia um questionamento de quais componentes medicamentosos deveriam ser implementados em relação ao que aquela pessoa trazia. É como se a fala dela fosse reduzida a uma demanda por medicamentos. E, ali, a terapia era uma terapia essencialmente medicamentosa. Ali não havia uma pessoa... Era a mesma coisa de se olhar uma parte nós mesmos, de ali estar se vendo, um órgão adoecido ou, enfim, uma doença... Uma doença está posta e se discute qual é o medicamento que deve ser é posto. Então, é a negação da pessoa. É um processo de desumanização absolutamente intenso quando nós temos essa, digamos assim, essa patologização do próprio sofrimento, a patologização da própria existência, patologização de todos os fenômenos que compõem a nossa própria humanidade. Então, nós estamos nos despregando disso em um momento de muitos ataques a tudo que esse Brasil conquistou de liberdade. Nós temos ataques diários, obstantes, permanentes que vão se traduzir na atuação no Parlamento. Mas, são ataques constantes e permanentes para que haja um retrocesso e que se estabeleça uma volta dos manicômios, uma volta dos hospícios, travestidos, muitas vezes de forma mais explícita... Porque, de toda sorte, o que nós constatamos é que o absurdo, lembrando Nelson Rodrigues, realmente está perdendo a modéstia.*

*E, a cada dia que passa você vê essa lógica manicomial tomar conta das vozes de várias autoridades e se traduzir em políticas que resgatam o mesmo processo manicomial da ausência da liberdade e da construção de sujeitos. É um assujeitamento que se estabelece. Então, portanto, é assujeitar, arrancar a condição do sujeito, despersonalizar... Ou seja, tirar as identidades e, a partir daí, cronificar o não estar no mundo, cronificar o sentimento de não pertencimento. E a importância da RAPS é absolutamente fundamental, pois, primeiro: resgata a territorialidade. Territorialidade é o meio fundamental para que nós possamos enfrentar o momento que estamos vivenciando, de tantos*

*arroubos de negação da existência humana, de tanta desumanização simbólica que sempre vai arar o terreno para as desumanizações literais. Territorializar! Quando nós falamos da rede de serviços substitutivos, nós estamos falando de territórios. Territórios não são espaços geográficos apenas, territórios são tranças de afeto, são tranças de saberes, são tranças de experiências, são tranças de relações que se constroem. Território é aonde nós lembramos quem nós somos, quem já se foi, quem a gente é e, também, quem ainda vai chegar. A construção de territórios onde nós tenhamos os serviços substitutivos (os CAPS) articulando o conjunto de políticas públicas que caracterizam, e que deixam marcas no próprio território. E a partir daí, é construir o processo democrático de espaço de fala e de espaço de escuta.*

*Então, penso que não há como você manter os princípios que deram origem à Reforma Psiquiátrica sem a liberdade, sem os espaços, sem o protagonismo, sem a própria territorialidade. A construção dos territórios pressupõe que nós tenhamos e resgatemos um sentimento de pertencimento, o sentimento de pertença. E quando digo que, quando entrei na primeira vez que em um hospício, ali não havia roupas... É porque a roupa também é a forma como a gente expressa, é o que nós somos; é como a gente expressa como nós queremos ser vistos. E lembro que recentemente, em 2012, estivemos na região de Sorocaba. Ali, tem vários hospitais psiquiátricos... E ali nós vimos que um determinado hospital estava sob um termo de ajustamento de conduta para adentrar a desinstitucionalização. Pessoas não podem ser institucionalizadas, porque senão são eliminadas enquanto pessoas... São desumanizadas.*

*E, havia uma montanha de roupas. E as pessoas pegavam as roupas, ou as roupas lhes eram entregues. E, muitas vezes, eram roupas de uma cor que não se identificava com você, ou eram roupas apertadas, ou roupas largas, enfim. Ali, se descaracterizava o que representa a vestimenta como construção da própria identidade. Por isso, a terapia centrada na medicação não pode ser, de fato, considerada uma terapia, porque ela nega um princípio fundamental do que esse país conquistou de resgate da liberdade, de resgate da construção democrática, de resgate do protagonismo, de resgate daquilo, como eu disse, que faz com que nós nos reconheçamos enquanto seres humanos.*

*E digo tudo isso porque vivemos, também, no período de muito fetiche da mercadoria... De muita mercadorização dos valores. É como se eu pudesse comprar em uma prateleira de farmácia, a partir de uma receita, um medicamento que me transportasse para uma condição em que a minha estrutura enquanto pessoa e o meu reconhecimento na dimensão da humanidade. Por isso a importância do caráter multidisciplinar e a importância deste protagonismo que nega quando se coloca e se transforma o corpo em um espaço para a terapia centrada na própria medicalização... Uma medicalização que invade as escolas e que, muitas vezes, busca uma padronização de comportamentos – quando nós sabemos que o que nos faz humanos é a própria diversidade e a nossa condição única, somos únicos em todo esse espaço.*

*Então, nós estamos vivenciando essa mercadorização, um fetiche... Uma mercadoria, algo que se compra e que te leva a uma possível felicidade ou tranquilidade. E você é impedido de fazer uma reflexão sobre você mesmo e sobre as suas condições – que estão postas no seu universo e no seu centro, no seu território e nas suas próprias relações sociais. Então, eu penso que esta é uma discussão absolutamente fundamental.*

*Nós podemos apresentar a sugestão do Venturini: que tenhamos um prêmio anual na Câmara (que pode ser também na Câmara) para as boas práticas, para que a gente não tenha a construção de prêmios que não representam o sentido do que eles deveriam carregar... Pois não tem sentido fazer um prêmio para as boas práticas, do ponto de vista de atendimento às pessoas em sofrimento psíquico, que resgate os instrumentos que provocam, que perenizam, que cronificam o próprio sofrimento, como é a lógica manicomial que está em curso. Então, portanto, nós podemos avançar nessa perspectiva para que nós possamos, enfim, fazer valer o que já se conquistou nesse país, na nossa própria legislação. E precisa de financiamento, mas precisa também que seja espalhado. Isso significa que nós temos que ter um compromisso de rever os currículos, as grades curriculares, para que nós não tenhamos essa experiência de ter uma pessoa no centro de uma sala, e ver nesta pessoa apenas um demandante de medicamentos e não uma pessoa.*

*Então, são desafios que estão postos em período de muita necropolítica, de muito obscurantismo e de muita naturalização do ódio, onde o processo de*

*reflexão é embotado por uma mercadorização do desejo, mercadorização do sagrado, mercadorização da própria vida. São os desafios que estão postos, e nós devemos trabalhar e construir todos os espaços de resistência... Uma resistência que é muito tecida com afetividade. Eu penso que a Reforma Psiquiátrica é justamente afetiva e também tenho a convicção de que o que se conquistou nesse país e as marcas do manicômio – que ficam cravadas na pele e ficam cravadas na alma – fazem com que nós tenhamos um dos mais profundos e mais belos movimentos de resistência... E todas as conquistas que nós já tivemos. De ponta a ponta desse país, a gente escuta: “Manicômio nunca mais”, a gente escuta “Nenhum passo atrás”, e a gente escuta uma capacidade e uma compreensão da necessidade de resistência... Resistência, inclusive, à lógica manicomial que, muitas vezes, é internalizada e reproduzida nos próprios serviços substitutivos.*

*É, portanto, fundamental continuarmos o processo democrático de controle e construção das políticas, porque essa é a essência que possibilita tirar a cronificação do sofrimento, a cronificação das cisões nas nossas próprias identidades. E nós temos estruturas que substituem toda uma série de políticas e de intervenções multifacetadas pela própria medicação... Medicação, como ela está posta, faz parte da mesma lógica de negação da existência humana na liberdade e da existência humana na afetividade e na construção de tantas identidades.*

*Por isso, a minha saudação é profunda a esta roda de conversa. A minha saudação é profunda a todas, a todos e a todes que, todos os dias, se colocam em movimento e ficam numa atenção... Porque diz a canção, com razão: “É preciso estar atento e forte, não temos tempo de temer a morte”. Porque nós estamos vivenciando um processo de política da morte... Uma necropolítica, que vai atingir de forma mais profunda determinados corpos. Corpos que são vítimas mais profundas de todas as feridas que tentam se impor e que, muitas vezes, querem colocar band-aid nessas feridas, no nosso cotidiano. Mergulhar na nossa própria existência, ampliar os espaços de reflexão, isso significa políticas públicas que precisam ser articuladas nos territórios: políticas de cultura, políticas de educação... Enfim, políticas públicas que possibilitem os atos de criação que são fagulhas de liberdade, todo ato de criação é uma fagulha de liberdade.*

*E, todas as vezes que a gente vê uma estrutura (o CAPS ou a RAPS), ela faz com que as pessoas se movimentem e que tomem por si só o seu destino... E que teçam a sua própria estrutura, a sua própria vida; e que teçam, que consigam traduzir em produções culturais, em vários tipos de produções... Traduzir essa condição de resgate de identidade e da própria liberdade. Por isso, a medicalização sempre vai ocupar os espaços e as frestas que se constroem quando não se tem a lógica da Reforma Psiquiátrica e a sua territorialidade, e a sua construção, a sua sedimentação imposta. São os desafios que estão postos. Penso eu que nós vamos dar conta deles e nós vamos passar. E aqui concluo com Maiakóvski, quando diz: “As ameaças e as guerras, havemos de atravessá-las, tal qual a quilha corta as ondas do mar”. Um abraço grande! Um “AbraSUS” profundo e manicômio nunca mais!*

ANA PAULA GULJOR (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Muito obrigada, deputada! É sempre muito bom ouvi-la. Acho que a deputada Érika Kokay sempre traz para nós uma fala forte, dura, mas com muita poesia, com muito afeto. Eu acho que é desse modo que a gente leva adiante a luta antimanicomial e o processo da Reforma Psiquiátrica – que é uma resistência que precisa ser dura, precisa ser forte e contínua, mas que é uma resistência alegre, é uma resistência do otimismo daquilo que a gente busca ser, daquilo que a gente busca se transformar. Acho muito importante a possibilidade dessa iniciativa de um prêmio de boas práticas. Que nós possamos garantir aquilo que nós já temos, e em muito avançado, apesar das dificuldades, apesar dessa tentativa de contrarreforma. Mas, nós já temos avançado bastante. Ao mesmo tempo, que uma iniciativa dessa monta pressupõe que nós possamos gritar para o país que existem, sim, estratégias efetivas. Eu estou vendo, no chat, as pessoas se posicionando em relação a isso: “Mas, como nós vamos fazer? O que já existe?”. Acho que nós precisamos potencializar e valorizar aquilo que nós já temos... Garantir esse processo – que pressuponho, e eu me autorizo a falar aqui – da democracia. Eu acho que, para se implementar todo esse processo, nós precisamos estar nessa luta pela democracia, principalmente nesse momento atual em que há*

*uma disputa, uma complexificação da discussão sobre o cuidado em saúde mental, nessas diversas dimensões, no território, naquele território usado, que é o território cotidiano onde a gente opera as transformações.*

*Eu vou dar sequência aos nossos palestrantes dessa roda convidando o pesquisador Fernando Freitas – psicólogo, pesquisador do LAPS, um dos editores do Mad in Brasil. Fernando, fique à vontade para sua fala, muito obrigada!*

FERNANDO FREITAS (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Obrigado, Ana. Estou emocionado, não é? O que dizer, e de novo, o que eu posso acrescentar após o Robert Whitaker, o Ernesto Venturini e, agora, a nossa Deputada? Eu vou apresentar três questões, três perguntas bem, digamos, provocativas. São perguntas que eu vou dirigir ao público que está nos assistindo, pedindo que se coloque no lugar desse meu interlocutor fictício. A primeira pergunta é: “O que eu vou fazer com a informação de que o meu pai, após ser tratado com antipsicóticos durante anos, que o cérebro do meu pai tem grandes chances de ser reduzido? E esses antipsicóticos, essa prescrição era dada por aquele médico simpático, com discurso de esquerda, muitas vezes, com discurso da Reforma Psiquiátrica. Nós confiávamos nele, e agora, vendo esse seminário, parece, a partir de informações que não são levianas, foram feitas por cientistas, isso está na literatura científica, existem evidências... Por que, então, que esse psiquiatra, com essa equipe, não tinha essas informações? E não cumpria, não seguia o que a ciência aponta? O que eu vou fazer agora com eles, hein?”. Ou então, outra pergunta: “A minha esposa toma antidepressivo há um bom tempo. Diziam que era por causa da depressão, e que efeitos colaterais sempre existem, afinal de contas qualquer remédio tem um efeito colateral, menos água. E pelo que eu estou vendo nesse seminário, ou pelo que estou lendo no site Mad in Brasil, eu vejo que o embotamento emocional que ela tinha, era produzido pelo próprio remédio. O ganho de peso que ela teve, e que foi diminuindo a sua autoestima, a nossa relação afetiva... Isso também é devido aos remédios prescritos. E a redução da própria libido... Eu acabo de ler isso aqui nos sites, comecei a investigar,*

*buscar na literatura científica... É muito grande o número de pessoas que têm a sua libido destruída, muitas vezes definitivamente. A pergunta é: o que que eu faço ao descobrir isso, o que que você me aconselha?”. Ou então: “Ah, o meu filho estava sendo tratado por TDAH. E eu confiei na professora... Mas, sobretudo, no psiquiatra. Ele era boa-praça. Anos tomando remédio para TDAH. E agora estou descobrindo que, possivelmente, eu destruí parte da infância do meu filho. O que eu vou fazer, hein? Eu não tive o consentimento informado, muito menos esclarecido. O que a gente faz? Processa? Porque parece, muitas vezes, que os médicos defendiam o tratamento precoce”. E eles poderiam dizer: “Ah, não, mas é porque nós, médicos, temos a liberdade. Afinal de contas, é um fármaco, e todo fármaco tem veneno...”. Não, o fármaco em grego é veneno e também remédio. Mas, a cloroquina, as evidências mostravam que... O que é que se faz com isso? Vários médicos estão sendo processados... Até mesmo quem defendia isso. Será que esses psiquiatras e os médicos que tem feito isso serão processados um dia? Porque talvez só assim eles vão se ater à literatura científica. “Ah, não! É que as diretrizes diziam isso...”; Também os médicos que defendiam cloroquina diziam: “Não, o Conselho Federal de Medicina autorizou”, ou “Não! Isso aí é um protocolo, por isso eu receitava”. Será que vai haver um dia em que a sociedade começará a controlar isso e até mesmo a punir aqueles irresponsáveis que prescrevem isso ou aquilo outro por um longo tempo? Não estamos falando no caso de curto prazo, não... Porque a maior parte das pessoas fica anos usando antidepressivo, anos com ansiolíticos, anos com o remédio para TDAH.*

*Então, completando algo que o Bob falou, e que a OMS trouxe no último relatório: a ênfase nos direitos humanos. Mas, existem específicos direitos dos usuários; como, por exemplo, o direito ao consentimento informado... o direito de saber que aquele diagnóstico é questionável. Como é que surgiu a categoria do diagnóstico? Então, o diagnóstico, o tratamento está sendo dado... Quais são as opções nesse CAPS que estou frequentando? Quais são as opções? E por que não existem outras opções? Por que meu Município não garante essas opções? Por que lá fora, em outros lugares, existe a opção de ser tratado sem medicação? Será que eu tenho que ir para a Noruega para ter esse direito? Porque isso é um direito de cidadania. Ter direito a que, no meu município, exista serviços que ofereçam tratamento sem necessariamente usar*

*droga psiquiátrica. Ou então, como o colega Ernesto Venturini lembrou: é importantíssimo que a gente tenha o direito a ter serviços para desprescrição. Poder deixar de tomar o antidepressivo, o ansiolítico, um antipsicótico, o remédio para bipolaridade etc. As pessoas, em geral, têm uma enorme dependência química. Foi criada uma dependência química enorme, tão grave quanto a dependência da heroína, da cocaína.*

*Então, para deixar de fazer uso, com o mínimo possível de sofrimento, precisa de pessoas preparadas para isso, e os profissionais não estão preparados para isso, em geral. Não tem informação para isso. Então, ter serviços preparados para desprescrição, que sejam multidisciplinares – com muitas profissões, como nutricionistas, pessoal da farmácia, psicólogo –, sobretudo, eu diria, o know-how dos próprios usuários (que é outro direito, específico dos usuários da psiquiatria, o reconhecimento do seu know-how). Assim como a gente reconhece, começa a reconhecer que ouvir vozes não é um sintoma da psicose, da esquizofrenia, e que é legítimo as pessoas se organizarem como ouvidores de vozes, que elas possam trocar entre si as experiências, que esses grupos não sejam monitorados por um médico, psicólogos, mas sejam entre eles, porque eles que tem o know-how. Então, é importante esse reconhecimento.*

*Também é importante, como o Bob lembrou... Nos Estados Unidos, serviços que eu conheci graças ao próprio Bob (que me levou a conhecer lá em Boston), serviços, por exemplo, em que pessoas que tiveram a experiência de suicídio e agora estão colaborando. São terapeutas, de fato. Mas não é quebra-galho, não! São reconhecidos de fato, têm um status, igual ao psicólogo ou psiquiatra etc., porque eles sabem, tem algo para nos ensinar. Como também aquelas pessoas que tem algo para nos ensinar sobre como desprescrever. Como o site da Laura Delano, o Inner Compass Initiative, e outros sites aí, que estão disponíveis, e que estão ensinando a nós, cientistas, o caminho das pedras. E obrigando, então, a ciência, a buscar saber: Por que, então, a redução tem que ser lenta e gradual? Por que as pessoas tem criado mais hiper ou super sensibilidade à dopamina? Onde está isso? Isso é para fazer pesquisa... Você vai ver, colher em imagens o que acontece com os captadores ou receptores de serotonina no cérebro.... Ver como é que isso*

*se passa. Mas, essa busca científica é graças à demanda trazida pelos próprios ex-usuários.*

*Então, eu diria que são esses os grandes desafios, alguns dos desafios, que o Ernesto Venturini apontou, e a Deputada Érika Kokay, o Bob... E certamente vamos continuar a debater. E muito disso que a gente falou está no site: [www.madinbrasil.org](http://www.madinbrasil.org). Ali, as experiências de Soteria que o Bob mencionou (as experiências piloto em Israel, em Jerusalém, entre palestinos e judeus convivendo na casa Soteria)... Essa experiência está ali descrita. Aliás, o próprio Bob fez a visita lá, e que faz uma matéria a respeito. Existe, também, uma descrição detalhada das experiências na Noruega, inclusive essa em Tromsø e outras. Todo esse debate vocês podem encontrar em nosso site, que é afiliado ao Mad in America.*

*E, contamos também com a colaboração das pessoas escrevendo, publicando... A gente publica, por exemplo, como blog, a coluna experiência de vida, experiência de usuários, para ensinar para os colegas o seu caminho, o que fez, o seu processo de tratamento, para que a gente aqui, no Brasil, tenha um dia um movimento organizado de ex-usuários (ou movimentos). Não de usuários, mas daquelas pessoas que deixaram de ser pacientes psiquiátricos e que vão ensinar para nós como conseguiram superar isso. É isso, obrigado, Ana.*

ANA PAULA GULJOR (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Fernando, muito obrigada. Acho que quando você fala dessa questão, de que posição nós, como profissionais da Saúde Mental, vamos adotar... Que é para além da posição exclusiva do psiquiatra, do médico, daquele que tem o poder da prescrição, mas que também diz respeito a toda uma equipe. O Venturini também já tinha trazido para nós... Que não apenas a psiquiatria é biologizante. Nós temos outras categorias que podem se colocar nesse conjunto também. Então, é uma desconstrução de pensamento, que é um pensamento societário... Essa interlocução com a sociedade que você traz, da escuta daqueles que são diretamente os maiores envolvidos nessa discussão e precisam, sim, ter o protagonismo sobre o seu processo de cuidado. Essas*

*questões estão colocadas para nós enquanto desafio, porque, na verdade, a gente ainda vem construindo essas respostas.*

*Acho que essa mesa, com tantas pessoas queridas, é uma mesa que tem me deixar muito emocionada com o conteúdo das falas. Mas, também emocionada, esperançada, inquieta em pensar, não é? Eu brinco com os amigos: a cabeça fica cheia de pensamento, e a gente vai criando tantas coisas que podem ser possíveis... Mas, podem ser possíveis se a gente fizer coletivamente, no debate democrático, fraterno, às vezes duro, de não consensos, em alguns momentos... Mas, é um debate que nós estamos conseguindo, nesse seminário, estabelecer de um modo muito potente.*

*Eu vou chamar o último palestrante para continuar, para expor suas considerações. O professor Paulo Amarante, pesquisador sênior do LAPS, da ENSP/FIOCRUZ. Nosso grande mestre aqui na questão do cuidado em saúde mental. É sua, a fala.*

PAULO AMARANTE (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Bondade sua, Ana Paula! Obrigado, boa tarde a todo mundo. Estou muito feliz também, com seminário. Muito emocionado com a quantidade de pessoas, com a participação, o impacto que está tendo, o seminário. Com as falas, com as contribuições. Bem, uma coisa curiosa, eu quero observar, para você ver como é a vida, não é? Quando nós pensamos esse seminário, essa última mesa, eu me lembro de que, quando eu fiz o título, quando mandei o projeto, se chamava “Construindo alternativas viáveis e despatologizantes de promoção e defesa da vida”. Não sei como o título mudou para: “Construindo alternativas viáveis de tratamento não psicofarmacológico”. Eu pensava numa política que não fizesse só referência ao psicofármaco, mas já apontasse para medidas não patologizantes. Você pode, por exemplo, ter outras formas de entender, de lidar com a questão da experiência psíquica, do sofrimento... Não necessariamente como sinônimo de doença, de transtorno, pois transtorno é um eufemismo de doença, nós sabemos. A medicina não usa mais “doença” porque foi um termo muito atacado, muito criticado; passou a usar transtorno porque o CID-10 diz para usar transtorno, não é bom usar doença em certas*

enfermidades... Então, era essa a ideia: não só desmedicalizar, mas despatologizar, porque não só a medicina medicaliza, patologiza, mas também a psicologia, a psicanálise, a sociologia, a antropologia.

E, existe toda uma ciência, uma colonização científica da ideia de normalidade. Essa ideia tem a ver com o poder dos povos dominantes, da raça, da etnia dominante, do gênero, da cor, do poder, da economia, da classe social, que fala do outro. Eu fiquei muito tocado dias atrás quando reli aquele livro do Eduardo Galeano, que fala dos ninguéns. Ele diz: quem são os ninguéns? Os ninguéns são as pessoas que se diz que não têm religião: tem superstição. Não tem cultura: tem artesanato. Não tem língua: tem dialeto. Então, a gente vai desqualificando os povos indígenas, a diversidade cultural, a diversidade sexual etc. Então, essa é a ideia, né? Fundamentalmente, a ideia de construir aqui, nesse último dia, a partir das falas, das contribuições dos convidados e de uma potentíssima participação... Eu tenho lido, participado, e as pessoas estão me vendo aí no YouTube, e comentando a quantidade enorme, um debate rico, algumas vezes polarizado... Mas, é isso: a gente está conseguindo debater. Então, essa é a ideia.

Em primeiro lugar – eu acho que o Ernesto trouxe e também o Bob, a Érika, o Fernando e a Ana Paula (nos comentários dela): nós temos uma agenda política, eu acho que isso é importante. Nós estamos fazendo um diagnóstico que é grave, que é sério, do uso desregulado, inadequado de uma série de problemas, não só nos medicamentos, mas da psiquiatria.

Quero registrar, também, que fiquei muito emocionado na semana passada (e segunda-feira vai ter outro debate): saiu o último interno do Instituto Municipal Nise da Silveira, o Hospital Psiquiátrico que estava em processo de desconstrução. Antes de ser chamado de Instituto Nise da Silveira, ele se chamava Centro Psiquiátrico Pedro II. E, antes disso, se chamou Hospício Nacional de Alienados. E seu primeiro título foi Hospício de Pedro II – o primeiro hospício do Brasil e da América Latina, criado há 180 anos. Teve vida de 180 anos e nós conseguimos fechar (nós, o movimento da reforma), com muito mérito. As pessoas que lá seguraram... Eu entrei nesse processo lá no início dos anos de 1970, quando criamos o movimento da Reforma Psiquiátrica; foi lá que tudo começou. Então, é uma alegria e significou uma gratificação política, uma demonstração de que é possível, é viável. E, claro, as

*coisas não aconteceram fáceis, os resultados não são totalmente fáceis, mas saber que tiramos milhares de pessoas, de vidas de manicômios no Brasil... Vimos ontem a Helisleide, vimos a Rosângela, e quantas outras pessoas que eu conheci ao longo desses anos saíram de manicômios, construíram casa, trabalho e estão vivendo de outra forma... Estão cantando no Harmonia Enlouquece, no Sistema Nervoso Alterado, no Loucos na Boa, no Bibi-Tantã, no Tá Pirando, Pirado, Pirou... Em Economia solidária e cooperativas, no Louca Sabedoria, no Cidadãos Cantantes, estão por aí afora. Isso é muito importante. E, olha, é uma quantidade enorme de possibilidades. Então, o movimento, a potência desse movimento, a gente tem reconhecer a importância.*

*Temos outras questões. Uma delas é a política de medicamentos. Então, já em 2014, eu me lembro, quando nós, no 4º Congresso Brasileiro de saúde mental (lá em Manaus), lançamos a bandeira pela convocação da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental (que foi engavetada, esquecida e agora está voltando). A ABRASME lançou também a ideia de fazer uma agenda de teses, uma agenda política. Aliás, Ana Paula é vice-presidente da ABRASME... E seria importante retomar essas teses da ABRASME. Tem várias questões: a questão antimanicomial, a questão do território, da RAPS, uma delas é a questão da patologização e medicalização da vida. Nós levantamos várias questões e elas estão orientando um pouco essa minha fala aqui, e eu acho importantíssimo que a gente retome. Fizemos um documento e lançamos em livreto, inclusive, em 2015. E eu acho que seria importante, nesse contexto político, em que estamos com um retrocesso no país como um todo... Retrocesso não é da Reforma Psiquiátrica, e não é do SUS, só, é no âmbito da Constituição, dos Direitos Humanos, da Democracia brasileira. Para a gente não ficar só defendendo a RAPS, pois, muito mais do que a RAPS, o que estamos perdendo é o direito à participação em conselhos, e estamos perdendo a Amazônia. Nossos povos originários, as mulheres, comunidades que estão sendo atacadas, agredidas... Estão ocorrendo várias intervenções, foi em Vigário Geral, foi no Jacarezinho, foi em outros locais.*

*Então, uma primeira coisa... Queria reforçar o papel da ABRASME. O Venturini falou do movimento de psiquiatras pela democracia, mas é importante a gente reconhecer o que é a ABRASME. É uma entidade que não é só de profissionais, muito menos de uma categoria profissional. É uma entidade*

*geral, nacional, intersetorial – aliás, com grande participação internacional também, que atua em vários setores, de vários segmentos que lutam pelas liberdades democráticas, pela diversidade, pelos direitos humanos e, por isso, a ABRASME criou o Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental em defesa da vida, da terra, da pacha mama, da ecologia, de tudo isso. Então, é uma entidade que tem uma visão de território, visão de sociedade e tem uma visão de história. E, por isso, é importante que as entidades não fiquem só no seu pedaço. Que elas consigam falar, dialogar com outros setores.*

*Eu acho que uma linha importantíssima dessa nossa discussão é o que a Isabelle Stengers (uma bioquímica, mas também epistemóloga), escreveu no seu um livro que me marcou muito, e que há muitos anos eu tenho ele debaixo do braço: “Ciências e poderes: quem coloca as questões na ciência?”. Hoje teve a discussão “É ciência ou é política?”, mas, ciência é política, política é ciência. Não há como produzir e não há como usar a ciência. O fato de um grande empresário de carros elétricos estar construindo aviões, produzindo tecnologia... Onde que nasceram as tecnologias, da guerra?... O uso das ciências... Várias questões; e eu não vou entrar nesse detalhe. Mas, quem coloca? Então, é uma discussão que eu acho que importante no campo da medicalização, do uso de medicamentos, da indústria farmacêutica, do papel dos funcionários hoje, no Brasil... É a questão do conflito de interesses. Nós temos que atualizar essa agenda. O médico que é diretor de uma entidade financiada pelo laboratório... Ele coloca lá: “Eu recebo o dinheiro da indústria farmacêutica”: isso é declaração de conflito de interesse. Ele não tem conflito nenhum com isso; ele não tem. A grande maioria dos profissionais prescreve, nos consultórios. O livro do Bob, o segundo livro que eu falei que queria publicar (“Psiquiatria sob influência: corrupção institucional, danos sociais e proposições para a reforma”) demonstra o quanto os influencers da psiquiatria, os formadores, os titulares de psiquiatria (não são todos, evidentemente) ganham de laboratórios – são quantias enormes, e financiamento de congresso, financiamento de revistas, o financiamento de pesquisas.*

*Então, não basta que a pesquisa seja científica, se você não há controle de como se produz a ciência. Quem faz uma amostragem quando se faz uma pesquisa de intenção de voto? Quem tem os dados primários para apontar mais para determinado candidato ou outro? Por isso sempre será uma*

*discussão se a pesquisa é real ou se ela foi manipulada. Temos dados, não só no livro do Bob; há outros livros, como o da Marcia Angell, e outros livros dizendo que os laboratórios dão tanto dinheiro que definem o resultado de pesquisas. Eles querem mostrar que os medicamentos mais recentes, e portanto também os mais caros, são mais úteis, são mais benéficos do que os medicamentos anteriores... Então, tem uma discussão.*

*A Érika falou e me lembrei, agora, dos prêmios, né? Devo lembrar aqui que criaram o prêmio Nise da Silveira ao qual eu fui indicado e perdi. É como diz Darcy Ribeiro: fiquei muito feliz estar do lado dos perdedores. Darcy Ribeiro dizia, “Eu entrei em várias guerras e várias lutas e perdi muitas delas; na maior parte das vezes eu fiquei contemplado por estar do lado dos perdedores”, porque comigo perderam Paulo Delgado e Ana Pitta, o caso do prêmio Nise da Silveira. Então, é muito interessante... Onde se controla esse poder.*

*Então, nós temos que ter um movimento social, devemos discutir a questão dos conflitos de interesse... A forma como a questão do medicamento, da prescrição é regulada. Temos que criar critérios de regulação, com a participação social, com o controle social que está diminuindo no país. Estão tirando o Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Criança e Adolescente e outras formas de participação social. Nós tínhamos que qualificar o controle social; mas, nós estamos tendo um movimento ao contrário.*

*A questão do medicamento não pode jamais ficar restrita ao médico, como também não pode ficar restrito aos profissionais de saúde. É necessário que os familiares tenham informações sobre as consequências, sobre os efeitos colaterais. É necessário que nós tenhamos o limite do que é apoiar um congresso, o que é apoiar uma revista científica... Significa o quê? Que o apoiador, financiador, o anunciante interfere no conteúdo? Isso é uma coisa clara. Existem várias denúncias e vários trabalhos no mundo inteiro dizendo o quanto os laboratórios interferem na formação profissional, interferem na atualização, muitas daquelas iniciativas de educação permanente são estratégias camufladas, implícitas dos laboratórios para atualizarem os médicos sobre medicamentos mais caros, mais novos, sobre novas prescrições, sobre novas solicitações de exames, novos equipamentos, e uma série de coisas... Não estamos falando só em Psiquiatria. Então é muito*

*importante que a gente tenha regulação. Eu me lembro de revistas da minha época de formação em psiquiatria, em que quarenta ou cinquenta por cento das páginas era de propaganda de medicamentos... Os anúncios eram vergonhosos! Eles associavam o desemprego à necessidade de tomar determinado antidepressivo, sem levantar a questão da determinação social (outro conceito que eu acho interessante), não determinantes como a OMS diz, porque acaba individualizando: “É obeso, é ansioso porque não caminha”... Então, é toda uma construção. Por isso, a epidemiologia crítica fala em determinação social do processo saúde-enfermidade – que tem a ver com políticas de educação, de participação, de valorização do trabalho e valorização do sujeito, o reconhecimento individual. Então nós temos toda mídia, todo o processo de formação de subjetividade...*

*Então, é necessário que tenhamos maior regulação do financiamento de revistas científicas, do financiamento de pesquisas, de congressos. Quantas vezes e vi psiquiatras falando que se revoltaram nos congressos que pareciam feiras de laboratório. Os laboratórios dando brindes... E até nos sorvetes eles botam o nome de um ou de outro medicamento. É possível fazer essa regulação? É. Um dos casos mais claros foi o do metilfenidato (a Ritalina), que começou a ter uma quantidade absurda de prescrição de comprimidos, primeiro em Campinas, depois na cidade de São Paulo e depois no Estado de São Paulo. E começou-se a regular isso: para ser prescrito Ritalina, deveria ter uma junta profissional, deveria ser envolvida a família e deveria ser criado o projeto de acompanhamento da criança, da pessoa para qual medicamento foi prescrito. Os trabalhos da professora Maria Aparecida Moisés, titular de Pediatria lá da Unicamp e outros tantos trabalhos... O trabalho da Biancha Angelucci e outros muitos trabalhos demonstram o quanto reduziu o número de prescrição de medicamentos. Então, é possível ter prescrição regulada e ter critérios. É possível responsabilizar os prescritores e, fundamentalmente, os formadores de opinião. Porque a grande maioria de nós – há psiquiatras participando e eu sou psiquiatra de formação – e muitas pessoas me perguntam como eu critico a psiquiatria... Porque isso também não é comum. Outras profissões criticam muito a psiquiatria, mas se defendem muito... E é preciso também olhar o próprio umbigo. Isso eu aprendi como sendo, não contra a ciência, mas crítica epistemológica, autocrítica epistemológica. Não é*

só um medicamento que é ruim, a palavra também pode ser, dentre outras formas. A “cura gay”... A gente viu o debate que teve em relação a isso.

Então, é fundamental que a gente tenha outras formas de regulação. Que formas de regulação? Por esse motivo, o compromisso, eu acho que desse ser essa agenda que o Ernesto colocou, que é muito prática. E também, o compromisso como a Érika Kokay colocou (já há alguns anos a gente vem conversando)... Temos que criar uma agenda, passar essa agenda pelo Senado, pela Câmara, pelo Congresso Nacional, pelas Secretarias Estaduais, Municipais. Temos que começar a criar políticas, começar a ter a responsabilização de quem produz, e como produz isso, para não correr o risco de responsabilizar àquele que está lá na ponta – às vezes, fazendo uma prescrição porque leu esse medicamento ao contrário, e não tem a informação que nós temos. Por isso a importância do direito à informação. E esse trabalho que a gente está fazendo com esse seminário, com o *Mad in Brasil*, com os livros que a gente tem publicado, os artigos... Fizemos livros pela ABRASME sobre medicalização e patologização, possibilitando uma via alternativa de informação, porque o domínio da informação que chega aos médicos e à população é controlado. Há controle massivo e isso o livro da Marcia Angell, (da Universidade Johns Hopkins), demonstra. E a mídia... Há pouco tempo, no *Fantástico*, um médico famoso falou que o TDAH tem efeito genético e hereditário, e é uma alteração bioquímica – embora não se saiba qual exatamente como é que é. E disse que o remédio é bom e citou uns 5 ou 6 casos de pessoas... Situações enviesadas e que, para nós, é muito difícil rebater. Pessoas que aprenderam, inclusive, que o que elas têm – na minha época, no interior de Espírito Santo se dizia: a pessoa fazia simpatias, tomava remédio, antibiótico, vermífugo, qualquer coisa... E aí, o último recurso feito é o que era considerado que fez efeito.

Encerrando, eu não queria me estender muito... Mas, o Irving Kirsch (eu aconselho que vocês vejam, ouçam as palestras dele nos seminários anteriores) demonstra que existe um efeito, que ele chama de placebo, que é essa índole, essa disponibilidade interna que alguém tem quando está numa situação de crise. Parte disso é o tempo... Nós sabemos que o tempo é mágico, é maravilhoso, é sábio. E parte é “Eu posso buscar uma nova forma de vida, eu posso buscar alternativas para minha vida, projetos de vida, que me

*ajudem a superar uma situação de crise e não ficar buscando exclusivamente o remédio. E quando a gente fala “colocar a doença entre parênteses”, como Basaglia... E eu falo isso dezenas de vezes por semana e muitas pessoas não entendem... Alguns desconhecem isso, outros entendem que isso é negar a doença, negar o sofrimento (no sentido de negar que é algo que incomoda – como ouvir vozes). Pode ser um incômodo, mas é como, o que essa experiência tem na vida da pessoa, qual o significado como é que ela pode lidar com isso? E não precisa ser doença, isso, não precisa ser patológico, não precisa que eu tenha um diagnóstico para que eu possa, enquanto profissional de saúde, contribuir para que essa pessoa se reorganize, se oriente... Posso escutá-la, orientá-la... Para isso, temos, além de outras formas de tratamento, temos várias possibilidades de escuta: escuta orientada, escuta adequada, de orientação, de interlocução, de psicoterapia de outras formas de cuidado, de acolhimento... Isso é muito importante. Eu sinto que muitos profissionais ficam assustados com isso, no sentido de que eles vão entender que deixarão de ter valor. Mas, terão, sim.*

*Muitos não vão gostar do que eu vou falar... Mas, assim como o pastor tem o seu lugar, o pajé tem o seu lugar, a mãe-de-santo tem o seu lugar, o amigo tem seu lugar, o companheiro, a pessoa que está do lado, algum familiar em alguns momentos. São fundamentais as intervenções dessas pessoas que conseguem nos ouvir e conseguem nos ajudar. Isso é fundamental. E nós temos pautas lá nas teses da ABRASME, muito práticas, sobre como interferir na questão, tanto da formulação da política de medicamentos quanto da formação de profissionais, quanto dos congressos, da produção de pesquisas etc.*

*Então, eu queria, por enquanto (e espero que tenham perguntas e questões aí), agradecer mais uma vez e dizer da nossa alegria nesse 5º Seminário... De ver tanta gente, de ver um nível de debate tão importante, tão significativo e agradecer às pessoas que estão trabalhando, fazendo, tornando possível esse momento. Então, muito obrigado! Ana Paula, eu devolvo para você.*

ANA PAULA GULJOR (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Obrigada, Paulo! Agradeço a amplitude da sua fala, a complexidade desse tema que nós estamos aqui nos debruçando. Eu vou pedir desculpa, porque tem um barulho de obra aqui, mas acho que é possível... Dá para eu conseguir que me ouçam bem. Eu gostaria de trazer algumas questões. Primeiro dizer que há muitos elogios... Alexandre Ruas está dizendo que a fala do Venturini devia sair como uma carta desse evento; ele está falando, aplaudindo, elogiando. Tem uma pessoa dizendo (o José Elias Alex Neto) que é psiquiatra e em 2012 lançou o livro “Psiquiatria sem a alma”. Ele diz que levou 10 anos pesquisando, e: “o Robert Whitaker foi uma das minhas grandes referências”. E têm diversos outros elogios.*

*A gente não vai conseguir trazer todas as questões, mas eu acho que tem uma importante, que a gente pode abordar diretamente, claramente. O Paulo Traz essa discussão sobre a doença entre parênteses de uma forma muito forte, muito esclarecedora... E eu gostaria de trazer uma questão que sempre permeia, quando nós nos debruçamos sobre a crítica à medicalização e ao uso excessivo dos psicofármacos. O Renzo Fernandes Mancuso coloca: “É fato que há o excesso de prescrições, há muito dinheiro envolvido. Todavia, demoniza-los não me parece ser uma solução inteligente. Às vezes são necessários.” E eu coloco a pergunta para todos: são necessários? Essa discussão demoniza os psicofármacos? Eu acho que essa seria uma boa pergunta para nós começarmos esse debate. Está aberto a quem quiser se posicionar.*

FERNANDO FREITAS (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Eu posso começar. Então, com respeito ao diagnóstico (eu acho da maior importância), quando se fala da medicalização é importante lembrar que já existem iniciativas de reformular ou de alternativas ao diagnóstico psiquiátrico. Lembrando, começando assim: o Freud não criou os diagnósticos. E quem trabalha com a psicanálise, ou pelo menos com a psicanálise freudiana, ou mesmo lacaniana, ou mesmo Winnicott... A gente não vê o rol de*

*categorias de diagnóstico. Existe neurose, existe a psicose. E na neurose, pegou a histeria... Então, não houve, com a psicanálise, uma profusão de diagnósticos. É bem diferente. Como diz o Peter Gøtzsche, a terapia da palavra não muda cérebro da gente, o remédio muda a natureza do corpo, a palavra não muda. Você não vai mudar o cérebro se acredita em Édipo, ou se está fazendo um trabalho sistêmico, não parte por aí. Existe, por exemplo, na Inglaterra o livro “The power threat meaning framework” – a divisão clínica de psicologia da sociedade Britânica de Psicologia criou essa alternativa. O Conselho Estadual de Psicologia me convidou e eu devo participar de uma reunião da diretoria apresentando esse livro para nós, psicólogos, como uma alternativa às categorias de diagnóstico. Então, acho que é possível sair disso aí.*

*Agora, com respeito aos psicofármacos, isso que eu disse provocando... Eu acho assim: a falta de formação e de informação é enorme. Porque, na medida em que os prescritores não tem conhecimento da literatura científica, de fato, deveriam ler, por exemplo, o Mad in America, o Mad in Brasil, porque diariamente a gente coloca atualizada a literatura. Mostraria (como a Joanna Moncrieff falou ontem): se você, Ana, médica, me prescreve heroína, ou cocaína para que eu diminua a minha ansiedade... Eu posso dizer assim, amanhã: “Olha, eu te processo, porque você me receitava cocaína como remédio. E durante um tempo, eu até que me sentia bem. Mas, depois eu vou descobrir que, pô, cara o que, foi feito”. Então, eu acho que falta formação e informação do que está sendo feito. E de uma maneira ou de outra, é preciso penalizar o mau uso da medicina. Alguma coisa tem que acontecer... Como está acontecendo agora aqui, no Brasil, com a cloroquina (o kit de prevenção à COVID). Obrigado.*

ANA PAULA GULJOR (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Algum comentário mais? Robert, Venturini, Paulo?*

PAULO AMARANTE (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Ana, eu só vou pedir perdão, desculpa, porque eu não me autodescrevi. E é até curioso, porque uma pessoa escreveu no chat do YouTube perguntando por que as pessoas se autodescreviam e eu escrevi justificando. E tomei nota dessa questão. E acabou que eu não me autodescrevi. Eu sou um homem branco, de cabelo já ligeiramente grisalho, era castanho. Uso óculos. Estou com uma camisa azul de tipo polo, na frente de uma parede que tem um pedaço de um abajur e duas, quase três fotos lá da Ilha de Paquetá. Muito lindas. Expliquei para a pessoa que a questão da autodescrição é importante. E como tem libras para pessoas que não ouvem, a autodescrição é para as pessoas que não veem. E é muito importante que elas tenham uma ideia de quem está falando. Eu trabalhei no “Nada sobre nós, sem nós”, que foi em 2007, na Fiocruz. E as pessoas diziam que gostariam de, quando não se pode tocar na pessoa, ter uma ideia de quem está falando para ter uma certa aproximação. Então, desculpem, eu só interrompi para isso. Ainda dá tempo de corrigir esse meu erro, essa minha falha.*

ANA PAULA GULJOR (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Venturini pediu para falar. Por favor.*

ERNESTO VENTURINI (CONSULTOR OMS / PSQUIATRIA DEMOCRÁTICA  
- ITÁLIA)

*Sim. Sobre a questão dos psicofármacos serem importantes. Eu acho que temos que considerar as coisas. Eu já expliquei: a ideia de que os psicofármacos curam uma doença... Isso não foi demonstrado. Com todo o respeito para Moncrieff, todas as coisas, isso eu já entendi há 50 anos. Porque era muito claro que o tratamento em liberdade mudava mais do que qualquer psicofármaco. Que o psicofármaco é perigoso e pode determinar mudanças, a gente sabe. Que o antibiótico provoca mudanças, qualquer fármaco... Claro que os efeitos dos psicofármacos parecem mais lançar um míssil contra um*

*objetivo que não existe, então os efeitos negativos são pesados. Mas, eu estou falando da minha prática, da dificuldade que a gente encontra e que não há nenhuma pessoa, nenhuma situação que é igual à outra. Sendo que a gente acha que categorizar o diagnóstico, categorizar as situações é um instrumento... Mas, cada pessoa é um universo, cada pessoa tem um problema. Então, cada pessoa tem que entender como enfrentar as coisas, e você enfrentar essas coisas com o instrumento que você tem. Claro que, se eu estou em um país rico, e que as pessoas tem possibilidade de escolher ir para um psicanalista, se tem um poder cultural bastante elevado, e se tem uma empatia para ser da mesma classe – eu, ele –, isso significa uma facilitação. Mas, se o outro é pobre, é negro, é uma pessoa com possibilidade reação muito determinada, pelas situações e contingências sociais... É claro que tudo muda, não? Mas, acho que a coisa fundamental é o respeito às pessoas.*

*Então, claro que tudo isso vai para o consentimento informado. Eu como médico e não como psiquiatra, tenho que me envolver no assunto. Eu nunca prescrevi um fármaco sem pensar... E é um tormento um dia antes da prescrição. Porque eu sabia que o fármaco é uma coisa importante. Então, esse é o significado: ser responsável e responsabilizar as pessoas que vão tomar. Isso é fundamental: o direito das pessoas serem informadas e de escolher o tratamento. Porque é uma escolha que a pessoa e os familiares têm que fazer, e eu tenho que respeitar a escolha das pessoas. Então, se a pessoa fala: “Neste momento, a minha situação de sofrimento é muito grande. Eu sei que você falou das possíveis consequências, mas, nesse momento eu quero o fármaco...”. Então, eu tenho que respeitar, claro, informando de todas as consequências. Então, o problema, para mim, é esta relação responsável, este consentimento informado. Porque o fármaco é um limite, é uma exceção. Eu sei que se pode enfrentar a escolha sem fármaco. Eu fiz. E em minha experiência em Gorizia, em Trieste, em Ímola, sempre a gente tenta fazer isso: evitar todo o tratamento compulsório. Mas, isso leva a muitos problemas. Tem que enfrentar a situação concreta, prática. E pensar: qual instrumento você tem? Essa é a coisa mais importante. Por exemplo, nos últimos anos, quando eu era responsável do Departamento de Saúde Mental em Ímola, nunca atendi os propagadores de fármaco. Eu não queria encontra-los; eu não precisava deles. Eu achava mais importante me informar diretamente nas revistas*

*científicas, que eu achava científicas. Eu nunca aceitei o recurso financeiro dos propagadores de fármacos. Então, isto para dizer que é claro que tem uma corrupção das propagandas do consumidor. Mas, tem um direito e um dever dos médicos de informar-se, de exigir uma formação; de exigir, por exemplo, do serviço de saúde pública que o informe; de saber que tem revistas que são confiáveis. Tudo isso. Mas não posso pensar que os médicos, na trincheira no problema, são os únicos responsáveis, e que o fármaco é o demônio. O fármaco é um instrumento qualquer, que tem sentido simplesmente para uma situação, assim, como a Moncrieff falou: às vezes, a gente necessita. A gente não é onipotente. Temos que lidar com isso. Mas, com a consciência dos limites, das alterações que são provocadas – sendo eu, terapeuta, e ela (ou ele), usuária, conscientes daquilo que está acontecendo.*

*Então, o problema é a informação e respeito, respeitar a escolha. Eu não tenho ideologia. Eu sei que não há nada mais difícil do que enfrentar um problema de sofrimento psíquico. E se a gente trabalha com isso, sabe que às vezes esse sofrimento realmente é muito, muito, muito grande. Então, é difícil falar ideologicamente em frente a um sofrimento desses, grave. Agora, eu não tenho resposta. Eu estou falando que cada situação tem uma necessidade de saber os recursos, a situação concreta. E toda experiência deve ser uma experiência que ensina, para sair na próxima vez. Eu não estou olhando para o passado. Em cada experiência, em cada erro (e na medicina a gente faz muitos erros – e também na vida), o importante é reparar os próprios erros. Acho que esta deveria ser uma constante na medicina. Na medicina, a gente é parte da própria experiência e o erro é uma possibilidade, uma oportunidade para a mudança. Eu acho isso. Ok.*

ANA PAULA GULJOR (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Obrigada, Venturini. Nós podemos passar para o próximo bloco, ou alguém quer colocar mais alguma questão? Eu separei duas questões aqui, que me parecem ser correlatas. Uma diz respeito a uma fala... Eu não consegui, peço desculpa, pegar o nome da pessoa. Mas, ela disse o seguinte: “Se a maioria dos psiquiatras nem reconhece o potencial de dependência dos*

*psicofármacos, sobretudo na rede privada de saúde, como é possível pensar uma mudança efetiva, ampla no paradigma de cuidado?”. E, na sequência, a Iris Aparecida Falcade coloca: “A Universidade induz a uma formação medicamentosa, somente. Como quebrar esse paradigma?”.*

PAULO AMARANTE (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Ana, eu vou falar um pouquinho. Então, eu ia emendar com a questão anterior, também. Eu acho que a gente tem que ter essa visão, no meu entendimento, processual, contextualizada, do movimento, desse processo. Muitas dessas questões sobre medicalização, patologização, há alguns anos atrás nós levantávamos a partir de Foucault, ou de Basaglia ou de outros, como Lang, Cooper, outros autores que criticavam o equívoco epistemológico da psiquiatria, o método das ciências naturais aplicadas às ciências do comportamento, da subjetividade etc. Havia questões assim. Por outro lado, tínhamos debates do campo epistemológico também, sobre ciência, não-ciência, ciência e senso comum, ideologias e outras coisas mais.*

*Hoje eu acho que nós temos outro cenário. Por exemplo, nem Marx e nem Basaglia falaram de situações como hoje... Porque, hoje, é outro cenário. Na virada do século XX para o século XXI (mais ou menos na década de 80), quando começa o DSM (e o Bob e James Davies falaram isso), começou a surgir outra questão: o que está em jogo não é mais ciência e não-ciência, só. Está em jogo uma utilização mercantil, industrial do complexo médico-hospitalar, do complexo médico-sanitário... O próprio Ivan Ilitch falava isso. Mas, hoje mudou o contexto desse debate. Hoje, nós sabemos que tem uma política de mercado (e o Jorge Bermudez falava isso, já, há mais de 20 anos, quando começou). Tem uma política de mercado que sobrepõe a política de saúde. Não estamos mais falando sobre o que é certo, o que é errado, qual é o melhor método... Estamos falando do que dá mais lucro. Então, hoje mudou.*

*Os planos de saúde são planos de doença. Os hospitais são locais de mercantilização da doença. Hoje, se você entra com um problema na amígdala no hospital, pode sair com uma operação cardíaca... Estou falando por experiência própria. Eu passei mal no Ceará depois de comer um caranguejo e*

*quase me operou, pois falaram que era o meu coração... E iam me operar. E na minha experiência formadora, há mais de 30 anos eu falo de medicalização. O primeiro artigo sobre medicalização foi em 1982, na revista "Saúde no Brasil". Mas, foi marcante para mim quando eu li o trabalho da Marcia Angell: "A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos" – essa foi a matéria dela que saiu na revista Piauí. Ouvimos falar da produção do Bob... E depois veio o livro do Bob, que nós publicamos na editora Fiocruz; e tem esse outro que eu sou louco para publicar.*

*O cenário mudou. Hoje, nós sabemos, muito claramente, que existem outras questões intermediando essa política. Por esse motivo, eu falo: a minha proposta, minha preocupação é não individualizar a luta, pegar uma categoria, um profissional, muito menos o médico da esquina, o fascista da esquina... Não! Temos que entender o contexto político que estamos vivendo. Também não judicializar essa questão. Você pode ter questões jurídicas, mas a questão é política. Por isso que eu falo de criar uma agenda política, pensando a ideia da produção, da determinação social desses comportamentos, dessas práticas etc. E, por exemplo, a formação necessária, que o Ernesto falou... A gente está aí: o Mad in Brasil, nossos livros, nossa produção da ABRASME. Em todos os seminários tem essa discussão... Mas, é contra-hegemônico. O médico se forma, mas se forma por uma universidade financiada pelos laboratórios – e a Marcia Angell mostra isso claramente na política nos Estados Unidos. E não só os laboratórios, como a Dell Computers (que comprou uma escola de medicina). Está havendo uma mudança da natureza e da medicina, inclusive, com a medicina mais digitalizada, mais baseada em dados, em algoritmos e etc. E, por outro lado, quando fazem os seus programas de formação, de educação continuada, são todos informados por interesses dos laboratórios, com grandes nomes, grandes influenciadores financiados ou até produzidos pelos laboratórios, investidos pelos laboratórios. E são eles que saem nos programas de domingo, no Fantástico, e eles é que fazem essa formação.*

*E mesmo no serviço público. Quantos embates eu tive na formação de saúde mental na Atenção Primária que, com o matriciamento, eu tive embates com o Ministério da Saúde... Eu falava que estava se ensinando o médico generalista a ver mais doenças do comportamento social, a medicar mais, a prescrever mais. E não é nenhum segredo que hoje os maiores prescritores de*

*antidepressivos, de ansiolíticos, de barbitúricos são médicos de família, são pediatras, são ginecologistas, são médicos clínicos. Então, acho que é uma discussão.*

*Sobre a pergunta de Soteria... Há experiências aqui no Brasil, pessoas fazendo localmente. Gente pelo país afora... Está aí participando o Marcelo Dias, que começou uma experiência de Diálogo Aberto no interior de Santa Catarina. Então, tem muita coisa surgindo. Mas, eu acho que é importante, a gente, de alguma forma, contribuir para dar acesso a nova visão de mundo, essa outra visão, de outro mundo é possível. E que mais pessoas possam conhecer e desenvolver experiências, e entender que o fato de não termos não é de todo ruim. Nós temos muita coisa boa, temos um bom movimento social na área de saúde e saúde mental. E pode ser fundamental as nossas estratégias com a Câmara, com as entidades, com outros setores, com outros segmentos, com a ABRASME, e outros movimentos sociais... Estratégias de construir, definir uma agenda e começar a trabalhar para essa agenda.*

*E, não acabou a questão manicomial. Ainda temos vinte e tantas mil camas em hospícios, terríveis, e temos não sei quantos milhares de vagas nas chamadas, entre aspas, “comunidades terapêuticas”, que são instituições violentas, são instituições de desrespeito aos direitos humanos, desrespeito à cidadania e, além disso, o grande problema: quase não usam medicamentos, mas usam métodos de opressão, de repressão, de assujeitamento religioso e moral muito violentos. E pode não diminuir o tamanho do cérebro, mas diminuir a capacidade de autonomia, de participação social e de direitos. Então, obrigado, encerrei aqui.*

ANA PAULA GULJOR (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Obrigada, Paulo. Alguém deseja comentar? Venturini, por favor?*

ERNESTO VENTURINI (CONSULTOR OMS / PSIQUIATRIA DEMOCRÁTICA  
- ITÁLIA)

*Sim, queria só refletir, falar disso. Acho que uma possibilidade importante sobre aquilo que a gente falou das redes, seria pensar o serviço público, pensar o CAPS e ver como vai se realizar o diagnóstico do problema do CAPS, no CAPS. Se naquele lugar, que eu acho que é um lugar privilegiado, porque a reforma, a saúde mental, o serviço no território, eles não são necessariamente lugar da biomedicina. São lugar da saúde mental, onde estão presentes psicólogos, onde podem estar presentes outros profissionais. Mas, a pergunta é: por que no centro de saúde mental não acontece o Diálogo Aberto? Que é a coisa mais simples... Que, quando chega uma pessoa, encarem essa pessoa não como um diagnóstico, mas um problem solving. Então, todas as pessoas participam: os usuários, a família, os diferentes profissionais... E cada um participa e envolve-se na discussão. Então, para que o projeto terapêutico não seja um projeto que é só feito para o médico psiquiatra, com uma atitude medicalizante. Mas, que saia um diálogo entre as pessoas envolvidas no problema. Para que cada um, afinal, tenha realmente um projeto terapêutico, onde o usuário é protagonista e assina, praticamente, o projeto. O projeto deve ter um consenso informado. Um projeto que saia da pergunta: "Como a gente pode enfrentar essa coisa?" e, implicitamente, sem pensar necessariamente em um diagnóstico ou em um psicofármaco. Essa é a premissa. A demanda é: por que isso, que é a coisa mais lógica, não acontece CAPS? Ou acontece? Essa é a pergunta. Quais são as dificuldades para isso acontecer? O médico tem ciúme dos outros? Ele arroga sua profissionalidade? Isso é importante. Se for um lugar onde isto poderia acontecer, um lugar privilegiado, isto é, o centro de saúde mental no território, que é uma grande possibilidade privilegiada para fazer responder ao sofrimento das pessoas sem patologização e sem medicalização. Acho que isso é um desafio.*

ANA PAULA GULJOR (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Obrigada, Venturini. Eu vou trazer a próxima questão, que foi feita pelo Baldoíno para o Robert Whitaker. Ele diz: “Sr. Whitaker, como você tem acesso ao conhecimento, à história da “doença mental”? No treinamento dos psiquiatras americanos?”.*

ROBERT WHITAKER (MAD IN AMERICA - EUA)

*Bem, escutem... Eu estava conversando com um psiquiatra justamente sobre isso outro dia. Isso é um problema real na formação de novos psiquiatras nos Estados Unidos. Eu não comentaria sobre como é feito em outros países, embora eu imagine que haja algumas das mesmas limitações. Mas, se você não conhece a história desses esforços para tratar pessoas que têm dificuldades como psicose, ou como você quiser chamar... A história nos diz que há muitas razões para ser humilde, que é realmente difícil, e há muitos erros. Um dos grandes erros é você tratar as pessoas como o outro, como alguém para fazer coisas ao outro em vez de tratá-los como um humano, abordando-os como um ser humano... E, infelizmente, o treinamento nos Estados Unidos é muito mais um treinamento médico. É como se não houvesse história antes de 1980. Ou seja, as pessoas não são ensinadas sobre Freud; elas não são ensinadas sobre qualquer parte da história e eles não aprendem sobre os erros... E sem esse tipo de contexto, sem esse conhecimento histórico eu acho que você está voando às cegas, na verdade. E infelizmente o que eles têm, geralmente, é: se você é um psiquiatra em treinamento, literalmente você é ensinado no modelo médico. Você é ensinado que estas são doenças e que as drogas são a primeira linha de terapia. E não apenas você está perdendo a história... Algumas das coisas que o Fernando e o Paulo têm falado é que a informação que chega aos psiquiatras é gerada por empresas farmacêuticas que trabalham com uma guilda, que trabalham com membros da guilda que eles pagam. E a testagem de drogas é corrupta, ou seja, essa é a única maneira, não é um teste independente. E, então, você tem*

*todo esse maquinário que existe nos Estados Unidos, para contar uma história positiva sobre os medicamentos.*

*Agora, uma das razões pelas quais começamos o Mad in America e estamos felizes por vocês gostarem da Mad in Brasil, é, na verdade, poder servir como um corretivo para esse tipo de informação de marketing que surge sobre drogas e diagnósticos etc. Então, um dos verdadeiros desafios para qualquer um que queira se tornar um psiquiatra hoje, é realmente romper com o tipo de treinamento rígido que eles recebem – que é realmente treiná-los para serem psicofarmacologistas, prescritores de drogas. E realmente, um dos desafios é conhecer essa história, conhecer as críticas, descobrir como as informações que chegam às escolas de medicina são, na verdade, tão fortemente influenciadas pelo dinheiro. É um comercial. A produção dessa informação é basicamente uma empresa comercial e a divulgação dessa informação é, também, feito através da influência das indústrias, do dinheiro. Eu recentemente escrevi um relatório sobre isso. E todos envolvidos na testagem de novas drogas, todo mundo estava na folha de pagamento de uma forma ou de outra, das empresas farmacêuticas. E então você olha para quem dá as palestras, quem escreve os textos, e vê que há um fluxo de dinheiro para reforçar um modelo patológico, e reforçar uma história que é realmente uma espécie de propaganda sobre os medicamentos. Esse é o problema.*

*Para responder a pergunta, esse é um dos problemas: há jovens com boas intenções indo à psiquiatria; muitas pessoas muito inteligentes querendo ter uma orientação humanística. E na faculdade de medicina, elas têm a história da patologia, elas têm a primeira história das drogas, e estão sendo treinado para ser psicofarmacologistas. E a história está completamente ausente da formação de jovens psiquiatras na maioria das faculdades de medicina dos Estados Unidos, hoje. E isso é realmente uma falha, uma limitação terrível no treinamento de jovens.*

ANA PAULA GULJOR (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Obrigado, Robert. Ainda teríamos muitas questões a discutir, mas no adiantado da hora, eu como coordenadora da mesa, me senti muito agraciada,*

*muito honrada de estar presente nessa coordenação com todos vocês, com uma longa trajetória de pesquisa e de publicização de uma temática tão relevante. Então, como coordenadora, vou encerrar essa mesa e pedir que os palestrantes façam suas falas, suas considerações finais e, posteriormente, vou passar a palavra ao professor o Paulo para o encerramento do Seminário.*

ERNESTO VENTURINI (CONSULTOR OMS / PSIQUIATRIA DEMOCRÁTICA  
- ITÁLIA)

*Eu acho muito importante, muito interessante esse seminário. Acho fundamental a tarefa que vocês, do laboratório da FIOCRUZ, a Mad in Brasil (que todos vocês estão desenvolvendo). Isso é realmente um serviço muito importante. E estou feliz porque, por exemplo, hoje tive esse número grande de espectadores, pessoas que atenderam a este seminário. Acho que a gente não tem soluções. Eu não sei se, hoje, a gente pode dizer que, com certeza, o fármaco determina uma diminuição do córtex... Existem estudos, mas não sei; isso não é muito importante. Importante é ter esta responsabilidade, esta curiosidade, essa vontade de aprender, esta humildade. É como no filme de Ingmar Bergman, agora não sei o nome... Aquele “O caminho da moral” (não sei como é traduzido em português), ele fala que o primeiro dever do médico é pedir perdão. Não sei se é pedir perdão, mas significa colocar-se em uma disponibilidade de escuta, disponibilidade, neste caso, de informação. Então, quero agradecer muito por este seminário. Eu acho que isso é, realmente, uma possibilidade de mudar as coisas. Acho que isso tem um efeito transformador. Parabéns e estou disponível sempre, obrigado.*

ANA PAULA GULJOR (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Obrigada, Ernesto. Agora, Robert, por favor.*

ROBERT WHITAKER (MAD IN AMERICA - EUA)

*Sim, vou falar muito rápido. Antes de tudo, novamente, quero dizer que é um prazer estar aqui. E, sabe, eu tenho observado, por muitos anos, esses esforços para repensar isso em muitos países diferentes; e eu só quero dizer que o que vocês fizeram no Brasil, com essas conferências, é um exemplo dramático de contribuição para essa discussão global. É uma coisa muito impactante, importante ver o que está acontecendo no Brasil para elevar esse nível de discussão sobre as questões sobre a medicalização e o que fazemos e como organizamos nossa sociedade. Quando olho globalmente para este esforço para repensar a psiquiatria, penso que o que estão fazendo aqui é de uma importância monumental. Por isso, ser convidado a estar aqui é uma grande honra. E por isso só quero agradecer a todos por me darem esta oportunidade.*

ANA PAULA GULJOR (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Obrigada, Robert. Fernando.*

FERNANDO FREITAS (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*É uma grande satisfação ter estado hoje, agora à tarde, com vocês: com o Paulo, o Bob, o Venturini, com a Deputada, com você, Ana. Chegamos ao fim. Eu queria acrescentar uma coisa que eu acho da maior relevância. O James Davies não falou sobre o assunto, mas ele é um exemplo de militância no Reino Unido, junto com, por exemplo, o Royal College of Psychiatrists e também no Parlamento inglês, entende, Venturini. Se a gente não muda as diretrizes, os protocolos médicos, muito pouco vai avançar. Os médicos que receitavam, prescreviam o tratamento precoce, o que eles diziam? Primeiro, sobre a liberdade de dar fármaco: “Eu, médico, sei o que eu faço”. Isso é o que eles alegavam, não é? Segundo, diziam que estavam seguindo protocolos. Ou seja, no hospital mesmo, mas também no Conselho Federal de Medicina etc. Então, se a gente não muda (viu, Ana) os protocolos para vocês, psiquiatras,*

*ou para os médicos, de como prescrever o antidepressivo... Entender que existem os sintomas de abstinência, que não é uma recaída. Se não houver isso, não muda. Porque vocês têm que seguir o protocolo, senão podem ser punidos: “Ah, você não pode me processar porque receitei tal remédio, porque eu segui o protocolo”... Então, eu me amparo no protocolo. Então, “Eu receitei cloroquina porque era o protocolo”. Então, se não houver uma mudança política nesse sentido, as faculdades de medicina continuarão a ensinar a mesma coisa e os médicos continuarão a fazer isso: a receitar, a prescrever aquilo que está no protocolo. “Ah, a retirada do medicamento ocorre em duas semanas”, por exemplo: “A gente retira... É muito fácil”. E eu já brinquei: se você faz isso, você vai ganhar o prêmio Nobel, cara. Já brinquei várias com colegas falando isso. “Ah, não, porque é fácil desprescrever...”. Pensam isso porque seguem cegamente o protocolo. Então, acho que essa é uma forte luta nossa, no Brasil, como também, no caso, o Reino Unido, a mudança disso aí. Muito obrigado pela audiência, pelo seminário e até a próxima.*

ANA PAULA GULJOR (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Obrigada, Fernando. Paulo, por favor.*

PAULO AMARANTE (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Bem, eu ainda vou fazer a fala do final, não é? Mas gostaria, agora, de agradecer a todas as pessoas que estão participando. E reforçar, a partir dessa última fala do Fernando, inclusive, esse caminho que a gente tem: temos a ABRASME, o movimento da antimanicomial, temos esse movimento que o Ernesto falou (dos psiquiatras pela democracia), temos vários outros caminhos, vários outros atores. Acho que é muito importante a gente criar essa possibilidade de trazer novas informações, novas questões, porque a gente muda posições individuais, pessoas, iniciativas, profissionais de Saúde como um todo, familiares, usuários... A gente viu ontem a Helisleide dizendo: “Estou retirando a minha prescrição”. E eu já vi a Gismair, querida Gismair, que faleceu ano passado... Encontrei com ela e ela falou: “Parei de tomar*

remédio!”, e eu falei: “Que bom! O seu psiquiatra te acompanhou?”, e ela disse: “Não, eu parei sozinha, fui administrando”. Quer dizer, uma pessoa que viu que dava problema, mas ela conseguiu.

Então, a gente tem escuta. Tem muitos psiquiatras aí (eu estou vendo no chat), participando, ouvindo... Que são pessoas que mudaram as suas formas de trabalhar, depois da universidade. E temos questões que são da ordem de políticas públicas. Primeiro: o que é um conselho regional profissional? Eu me lembro de que, no Fórum Social Mundial, critiquei os conselhos profissionais, e quase me mataram [Risos], quase me bateram. Primeiro, o conselho não é uma entidade social, movimento social, é entidade de Estado, é uma autarquia de Estado, feito para controlar. Nem todos os países têm os conselhos como nós temos aqui. E agora ficou claro para quem o conselho serve e como serve. É um momento excelente para a gente colocar isso em discussão. E por isso a ideia de chamar a Deputada (que é presidente da Frente Parlamentar em Defesa da Reforma Psiquiátrica)... Para abrir caminhos. Nós temos que construir políticas, tanto na mudança individual, de pessoas que se identifiquem (em seus princípios éticos, políticos, teóricos), em outros os caminhos, quanto, também, colocar questões mais de âmbito nacional, de políticas públicas.

E, foi assim que nós fechamos 60 mil leitos psiquiátricos – e chamar de leito é boa vontade... São locais terríveis. E tivemos uma militância, pessoas que foram tomando iniciativa; e eu, mais uma vez, quero registrar o fechamento de um hospício de 180 anos... A importância que teve as pessoas, os atores, a coordenação de saúde mental do Rio de Janeiro, a direção do hospital. Fernando também trabalhou lá, Ernesto Venturini visitou lá uma vez... Fomos visitar a Nise da Silveira muitos anos atrás, não é, Ernesto? Fomos visitar a própria Nise, não o Instituto, lá no Museu de Imagens do Inconsciente. É um fato histórico fechar uma “instituição total” de 180 anos, é um acontecimento político. E se deve ao potente movimento Nacional de Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial; e agora nós temos que ter a dimensão de que esse movimento está conosco, de que ele é nosso aliado fundamental, assim como a ABRASME (e outras entidades como o CEBES), para a gente começar a trazer essa nova questão que é a do problema do uso de medicamento, dos interesses envolvidos... Temos que usar de estratégias de regulação dessa

*questão. Não só a ANVISA, mas temos que ter outras formas de regulação, e outras estratégias – como a quebra de patentes. Temos que pegar aquilo que financia essa política, que financia corrupção, que financia essa forma de produção etc.*

*Então, é isso aí. Vou pegar essa pauta do Ernesto, e vamos juntar com as teses ABRASME. Vamos atualizar tudo isso... Junto com as questões trazidas na prática pelo trabalho do Robert, e tudo mais. E eu botei aí, no site, o livro da Marcia Angell. Para mim, é um livro de cabeceira: “A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos”, que é muito bem fundamentado; não é um discurso, uma narrativa qualquer: é uma pesquisa, é um trabalho fundamentado, com documentos aos quais ela teve acesso via biblioteca do Senado, documentos confidenciais etc. Desculpe a fala exagerada aqui. Obrigado Ana Paula, obrigado Bob, Ernesto... O Fernando, nosso parceiro que constitui esses seminários (ficamos mais à frente, mas todo mundo foi importante). Muito obrigado, Ana.*

ANA PAULA GULJOR (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Eu também agradeço a todos. Agradeço por poder ter estado aqui, por meu aprendizado nessa mesa de um seminário que tem uma discussão crítica... Mas, que são críticas que se acompanham de proposições e de questões efetivas de mobilização para transformação. Eu encerro a mesa e volto para o Paulo fazer a fala de encerramento do seminário. Muito obrigada aos nossos palestrantes.*

PAULO AMARANTE (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

*Nós combinamos isso, porque eu queria, em meu nome e do Fernando, claro, mas também da Ana Paula, que é a coordenadora do LAPS – que é o espaço institucional aonde esse seminário se realiza há cinco anos. Tenho enorme clareza da importância, não é, Fernando, quando a gente sentou e começou a pensar esse seminário, inspirados no livro do Bob, aqui presente (o livro “Anatomia de uma epidemia”), e é por isso que o seminário se chama “a*

*epidemia das drogas psiquiátricas”. É nesse sentido, não no sentido de uma doença epidêmica – foi inspirado para reforçar essa questão que o Bob fala, do absurdo crescimento da prescrição de medicamentos; e ele estuda as causas, fundamenta, demonstra, nos aponta caminhos. É um jornalista que aprendeu tudo sobre essa questão, e que nos ensina, que nos orienta, e que tem uma produção. Ele criou e ganhou prêmios com o seu livro *Mad in America*, e depois, com o livro “*A Anatomia de uma epidemia*”, que nós traduzimos aqui no Brasil. Criamos, então, a partir daí, o *Mad in Brasil*. Como ele próprio falou, já tem *Mad in America*, *Mad in Espanha*, *Mad in Italy*, *Mad em vários países do mundo... E, agora, também tem no México (acho que é um dos mais recentes). E tem o *Mad in França*, *Japão* e *Finlândia*. É uma rede internacional. E passamos a fazer parte juntos, com muita honra, com o Bob e com o Fernando, do Instituto Internacional para Retirada das Drogas Psiquiátricas, que também reúne nomes como a Joanna Moncrieff e outros tantos que participaram aqui. Então, acho que é uma estratégia muito importante que está dando muitos frutos.**

*E, há muito tempo eu não participava de um debate com tantas manifestações, ricas, polêmicas, questionadoras, com debate, posições contra e a favor, mas muito importantes (eu fiquei vendo o chat aqui no YouTube para acompanhar)... E todas as manifestações com um respeito ao diálogo, não é? Com potência, riqueza e com a ideia de que nós temos que debater.*

*Então, eu queria mais uma vez registrar esse apoio da equipe: à Ana Paula Guljor, como coordenadora do LAPS, que coordenou a mesa de abertura e essa mesa de encerramento. À Ana Paula Pimentel, querida estudante do doutorado, que acompanhou todos, ajudou a organizar a inscrição, a seleção de questões, acompanhar o YouTube – que não é fácil, pela velocidade do chat, de tanta gente participando, milhares de pessoas numa mesa. Então, Ana Paula Pimentel, um agradecimento muito especial, com muito carinho a você. Um trabalho voluntário muito bacana, que nos ajudou muito. À Letícia Paladino, que também nos ajudou na inscrição, à Leandra Brasil, à Eroy Aparecida que, além de participar aqui, nos ajudou na construção do programa, na discussão científica. À Camila Motta, ao Matheus Folly, ao Rui Lima Junior e ao Eduardo Torre. Quero agradecer à equipe do VideoSaúde, que são excelentes amigos, e estão desde o primeiro seminário com a gente – o Leonardo Machado e*

*Paulinho Iran (Pauliran Freitas), pessoas fundamentais que fazem isso com grande dedicação, e gostam. E é muito legal ouvir deles sobre o retorno, o impacto desse seminário... Deles enquanto pessoas que não são da área de saúde mental. A todo o pessoal da ENSP, desde o Marco Menezes (o diretor, que nos apoiou, e que conseguiu bancar as traduções de inglês e Libras), à Renata Colazo, ao Alan, à Bruna lá do Proex, que também está nos apoiando, à Danielle Lobato e ao Eldio, da vice-presidência lá do projeto, da Capes.*

*Queria registrar o agradecimento à Cristiane, à Sulamita das Libras, e ao pessoal do inglês (o Hugo e o Jefferson), que participaram aqui também. Então, queremos parabenizar, tanto ao pessoal de Libras, que foi elogiado hoje, pela linguagem do corpo, e aos tradutores de inglês pelo trabalho.*

*Queremos registrar o agradecimento a todos os participantes, James Davies, Ernesto Venturini, Robert Whitaker, Peter Lehmann que, com o Fernando e comigo, formaram o time masculino E, fundamentalmente, queremos agradecer às mulheres potentíssimas que participaram. Todo mundo comentou aí: “Quanta mulher potente, não é?”, começando com a Ana Paula Guljor, coordenando o LAPS, coordenando a mesa de abertura e de encerramento, mais também a Joanna Moncrieff, a Esther Solano, a Érika Kokay, a Eroy Aparecida, a Helisleide Bonfim, a Rosângela dos Santos, a Vera Pepe, a Ana Sandra Fernandes e a Mônica Nunes. Então, com tanta mulher potente, com a potência feminina aí, participando... Eu acho que é algo que nos aponta para um caminho, nesse momento que estamos vivendo, de recusa à diversidade, à pluralidade etc. E eu queria agradecer e despedir, deixando vocês com duas mulheres muito potentes, que são Dona Ivone Lara e Beth Carvalho. Dona Ivone Lara na voz de Beth Carvalho. Muito obrigado e até o 6º seminário no ano que vem, em 2022!*

Reprodução da música “Não é Miragem”, de composição da Dona Ivone Lara, na voz de Beth Carvalho:

Não, não é miragem  
O meu povo cantando seu hino  
Tentando mudar seu viver  
Já cansou de sofrer  
De baixar a cabeça

De dar sem receber

De viver sem prazer

É chegado o momento de uma decisão

Toda força dessa multidão

Vai prevalecer

Exigir o que é seu

É bem mais do que um dever

É mostrar o seu valor

É uma prova de amor

Tempo de um canto

Com nova poesia

Repleta de verdade

E sinceridade

Nosso povo quer mudar

A voz de quem sofreu

Não pode mais calar

REALIZAÇÃO:

