

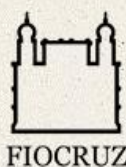
6^o Seminário Internacional

A EPIDEMIA DAS DRUGAS PSIQUIÁTRICAS:

*O modelo biomédico da
psiquiatria fracassou?
Quais as perspectivas?*



Realização:



Centro de Estudos
Estratégicos da Fiocruz
Antonio Ivo de Carvalho

6º Seminário Internacional:
A epidemia das drogas psiquiátricas

**O modelo biomédico da psiquiatria fracassou? Quais
as perspectivas?**

Realização

31 de outubro de 2022 e 01 de novembro de 2022

**Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial e Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz Antônio Ivo
de Carvalho (CEE-Fiocruz).**

**Dados Internacionais de Catalogação na
Publicação (CIP)**

(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Seminário Internacional (6. : 2023 : Rio de Janeiro) 6° Seminário Internacional : a epidemia das drogas psiquiátricas [livro eletrônico] : o modelo biomédico da psiquiatria fracassou? quais as perspectivas? / coordenação Paulo Amarante, Fernando Freitas. -- 2. ed. -- Rio de Janeiro : Ed. dos Autores, 2023.

PDF

Vários colaboradores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-00-69364-5

1. Biomedicina 2. Epidemias 3. Psiquiatria
4. Psiquiatria - Brasil 5. Saúde
mental I. Amarante, Paulo. II.
Freitas, Fernando. III. Título.

23-155318

CDD-614.09813

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde pública : Congressos 614.09813

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-
1/3129

*Este e-book é dedicado a Fernando Freitas.
Fernando foi uma pessoa de grande importância no levantamento e desenvolvimento do debate no nosso país na luta contra a medicalização. Foi o co-fundador do Seminário Internacional: A epidemia das drogas psiquiátricas e do Mad in Brasil, ganhando reconhecimento nacional e internacional. A sua memória estará sempre presente em nossos projetos e luta.*

Fernando Freitas ★ 28 de abril de 1954 † 30 de janeiro de 2023

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, Fernando Freitas, Jéssica Silva Marques, João Pedro Freire, Leandra Brasil da Cruz, Leticia Paladino, Matheus Folly, Paulo Amarante.

COMITÊ CIENTÍFICO

Ana Paula Guljor, Fernando Freitas, Paulo Amarante (LAPS/ENSP/Fiocruz) | Eroy Aparecida da Silva (Unifesp)

MATERIAL

PERSONALIZADO:

Cards para mídias sociais:

Ana Paula

Pimentel | Tradução

simultânea em

Libras (Linguagem

Brasileira de Sinais) e

espanhol/inglês/português:

Smart traduções.

FILMAGEM:

VideoSaúde Distribuidora - Instituto de Comunicação e Informação científica e

Tecnológica em Saúde

(ICICT/Fiocruz)

LIVRO TRANSCRIÇÃO:

Camila Motta Gomes, Jéssica Silva Marques, João Pedro Freire e Matheus Coutinho.

EDIÇÃO TÉCNICA,

REVISÃO DE

TEXTO, PROJETO GRÁFICO

E PROGRAMAÇÃO VISUAL:

Ana Paula Pimentel, Camila Motta Gomes e Jéssica Silva Marques

PARTICIPANTES

NACIONAIS E

INTERNACIONAIS:

Adilson Silva, Ana Paula

Guljor, Claudia Gomes,

Fernando Freitas, Marcelo

Kimati e Paulo Amarante

(Brasil) | *Allen Frances,*

Andrew Scull (Estados

Unidos da América) |

Laura Martin Lopes-

Andrade (Espanha) | *Manuel*

Desviat (Espanha),

Robert Whitaker, Sarah Fay

(Estados Unidos da América)

Tiago Pires Marques

(Portugal)

Sumário

INTRODUÇÃO	05
APRESENTAÇÃO	07
PROGRAMA DO SEMINÁRIO	10
MESA DE ABERTURA	11
Ana Paula Guljor	11
Paulo Amarante	12
PALESTRAS DE ABERTURA	16
Fernando de Freitas (coordenação)	16
Andrew Scull - “O modelo biomédico fracassou? ”	17
Sarah Fay - “O que significa ter um diagnóstico psiquiátrico para a vida de quem o recebe? ”	32
MESA REDONDA	64
“Em defesa do modelo bio-psicossocial”	
Paulo Amarante (coordenação)	64
Allen Frances	65
Fernando Freitas (coordenação)	80
Robert Whitaker (Mediador)	81
Andrew Scull	83
MESA REDONDA	120
“Desafios para a superação do reducionismo biológico na saúde mental e psiquiatria”	
Claudia Gomes: Coordenação	120
Laura Martin Lopes-Andrade	120
Manuel Desviat	129
Marcelo Kimati	136
MESA REDONDA	170
“O modelo biomédico fracassou? Desafios e Perspectivas para a assistência em saúde mental no Brasil”	
Tiago Pires Marques: Coordenação	170
Robert Whitaker	171
Fernando Freitas	180
Adilson Silva	187
Paulo Amarante	191
Ana Paula Guljor	213

Dia 31/10/2022 - VIDEO <https://youtu.be/98d-KXT9ud4>
Dia 31/10/2022 – VIDEO <https://youtu.be/Ca2AFsdwRfI>
Dia 01/11/2022 – VIDEO https://youtu.be/RdpyPw_1bHs
Dia 01/11/2022 – VIDEO https://youtu.be/8H_DyiBbcOs

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 (*in memoriam*).

APRESENTAÇÃO

Nos dias 31 de outubro e 01 de novembro de 2022 foi realizado o 6º Seminário Internacional “A Epidemia das Drogas Psiquiátricas” com o tema “O modelo biomédico da psiquiatria fracassou? Quais as perspectivas? ”. A proposta do evento foi debater o modelo biomédico, sua influência nas práticas de saúde mental, refletir e propor novas práticas que possam superar esse modelo de patologização e medicalização da vida.

O modelo biomédico foca na biologia e na noção de doença para explicar o sofrimento humano, reduzindo assim a experiência das pessoas com seu próprio sofrimento e negando a complexidade desse fenômeno. Uma das maiores consequências desta forma de lidar com o sofrimento humano reduzindo-o à doença é a utilização abusiva de psicofármacos que estamos acompanhando no Brasil e no mundo. Resumidamente, o paradigma biomédico é individualizante, patologizante, medicalizante, reducionista e dá foco à doença, ao invés de focar no sujeito e sua experiência.

No Brasil, conseguiu-se avanços importantes e reconhecidos mundialmente no sentido de diminuir a influência do paradigma biomédico, que é também manicomial, e valorizar a atenção psicossocial como o principal paradigma a fundamentar o trabalho dos serviços públicos de saúde mental. No entanto, não se pode esquecer que o modelo biomédico não perdeu seu poder e sua influência sobre os profissionais, assim como, os serviços de saúde mental não se resumem ao setor público. Os serviços privados e dos planos de saúde nunca aderiram ao modelo psicossocial.

Os movimentos de usuários, sobreviventes e ativistas da crítica ao modelo hegemônico da psiquiatria ao redor do mundo vêm denunciando as consequências do modelo biomédico em suas vidas. Relatos de estigmatização, violências, privação de liberdade e de escolha, desesperança em relação ao futuro, entre outros, são múltiplas e vêm amplificando o debate sobre a necessidade de repensar as práticas de profissionais da saúde. É preciso voltar os olhos novamente para o cuidado territorial e comunitário, e para as dimensões sociais, culturais, econômicas e políticas do sofrimento humano que é reduzido a transtornos/desordens, expressões que nada mais são do que dissimulações ou eufemismos da ideia de doença. É preciso inverter esta tendência e colocar as pessoas das experiências de sofrimento no centro da reflexão, e resgatar as questões relacionadas aos

direitos humanos, à emancipação, à cidadania, ao direito à cidade e a todos os direitos possíveis.

A 6ª 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), o Grupo de Trabalho de Saúde Mental da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Centro de Estudos Estratégicos (CEE) e Hermano Albuquerque de Castro (ENSP).

A mesa de abertura contou com a pesquisadora e coordenadora do LAPS, Ana Paula Guljor, e com o professor, pesquisador e fundador do LAPS, Paulo Amarante. Em seguida, aconteceu a mesa intitulada: “O modelo biomédico fracassou? ”, com a coordenação de Fernando Freitas e palestras dos convidados internacionais: Andrew Scull e Sarah Fay. Na parte da tarde, aconteceu a mesa “Em defesa do modelo biopsicossocial” sob a coordenação de Paulo Amarante e Fernando Freitas e com a mediação de Robert Whitaker. O debate ficou por conta dos convidados: Andrew Scull e Allen Frances.

No segundo dia, a mesa “Desafios para a superação do reducionismo biológico na saúde mental e psiquiatria” contou com a coordenação de Cláudia Gomes e com as falas dos convidados: Laura Martin, Manuel Desviat e Marcelo Kimati. Na parte da tarde aconteceu o debate “O modelo biomédico fracassou? Desafios e Perspectivas para a assistência em saúde mental no Brasil”, que foi coordenado por Tiago Pires Marques e contou com a participação de Robert Whitaker, Fernando Freitas, Adilson Silva e Paulo Amarante. As palavras finais de encerramento ficaram por conta de Ana Paula Guljor.

Como todos os anos em que realizamos este Seminário, a participação do público no evento foi bastante expressiva. Havendo sido realizado em formato totalmente virtual e transmitido ao vivo pelo canal do YouTube da VídeoSaúde Distribuidora, a presença do público chegou a marcar um pico de expectadores simultâneos (ao vivo) de cerca de 1.200 pessoas, no primeiro dia, e cerca de 1.081 pessoas no segundo dia. As gravações registram mais de 13 mil reproduções, até o momento.

Este Seminário Internacional foi idealizado e coordenado desde sua 1ª edição por Paulo Amarante e Fernando Freitas, duas pessoas muito importantes no debate sobre patologização e medicalização da vida. Infelizmente, Fernando Freitas nos deixou logo depois deste Seminário, acometido por uma doença terminal. Ele se entregou com paixão a este projeto, como se entregava a tudo aquilo em que acreditava. Este e-book é uma

pequena homenagem a ele. O Seminário continuará seu legado, apesar de sua sentida ausência. Obrigada por tudo, Fernando!

Queremos registrar, também, nossos agradecimentos a todas e todos que contribuíram para o êxito deste evento.

PROGRAMAÇÃO

DIA 31 de outubro – Segunda-feira

9:00 – 9:30 | ABERTURA

Participante: Ana Paula Guljor (Psiquiatra - Presidente da ABRASME e Coordenadora do LAPS - ENSP/ Fiocruz).

09:40 – 12:15 | PALESTRAS DE ABERTURA

“O modelo biomédico fracassou?” | “O que significa ter um diagnóstico psiquiátrico para a vida de quem o recebe?”

Coordenação: Fernando Freitas (Psicólogo - LAPS/ENSP/ Fiocruz).

*Convidado: Andrew Scull (Sociólogo - Universidade da Califórnia/EUA) e Sarah Fay (Escritora - autora do livro *Pathological: The True Story of Six Misdiagnoses* - EUA).*

12:15 – 14:00 | ALMOÇO

14:00 – 16:00 | MESA REDONDA

“Em defesa do modelo bio-psicossocial”

Coordenação: Paulo Amarante (Psiquiatra - LAPS/ENSP/ Fiocruz).

*Convidado: Allen Frances (Psiquiatra - Coordenador do DSM IV, autor do livro *Voltando ao Normal* (2016) - EUA). Debate com Allen Frances e Andrew Scull -*

*Mediador: Robert Whitaker (Jornalista - *Mad in America* - EUA).*

DIA 01 de novembro de 2022

9:00 – 12:15 | MESA REDONDA

“Desafios para a superação do reducionismo biológico na saúde mental e psiquiatria”

Coordenação: Claudia Gomes (Psicóloga - Faeterj/UFJF/Unifase - Brasil).

Convidados: Laura Martin Lopes-Andrade (Psiquiatra - Presidenta de la Asociación la Revolución Delirante - Espanha), Manuel Desviat (Psiquiatra - Consultor da Organização Pan Americana de Saúde / OMS - Espanha) e Marcelo Kimati (Psiquiatra - UFPR - Brasil).

12:15 – 14:00 | ALMOÇO

14:00 – 16:00 | MESA REDONDA

“O modelo biomédico fracassou? Desafios e Perspectivas para a assistência em saúde mental no Brasil”

Coordenação: Tiago Pires Marques (Historiador - Centro de Estudos Sociais/ CES/Universidade de Coimbra - Portugal).

*Convidados: Robert Whitaker (Jornalista, Editor-chefe do *Mad in America*/EUA), Fernando Freitas (LAPS/ENSP/Fiocruz), Adilson Silva (MNL e MONULA) e Paulo Amarante (LAPS/ENSP/ Fiocruz).*

Mesa de Abertura

ANA PAULA GULJOR (LAPS/ENSP/ Fiocruz)¹

Olá, bom dia a todos, todas e todes! É com um enorme prazer que hoje nós iniciamos a sexta edição do seminário internacional: Epidemia das Drogas Psiquiátricas. Eu sou Ana Paula Guljor, coordenadora do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS). E hoje, no dia 31 de outubro, nós estamos abrindo mais uma edição desse seminário que tem uma longa história com o LAPS. É de grande importância pautar a questão das drogas psiquiátricas na discussão do campo da Saúde Mental, e a Escola Nacional de Saúde Pública é pioneira nessa estratégia, pioneira na realização desse seminário com a organização do Fernando Ferreira Pinto de Freitas e do professor Paulo Duarte de Carvalho Amarante.

Nós estamos abrindo essa sexta edição e não podemos deixar de falar que, além de hoje ser o primeiro dia de seminário, é também um dia histórico para todos os brasileiros e brasileiras. Ontem nós tivemos a eleição presidencial com a vitória de Luiz Inácio Lula da Silva que abrirá uma perspectiva de um novo tempo para o nosso país. Nós esperamos muito que possamos retomar os investimentos em pesquisa, na formação, na saúde. Então, hoje é um dia de dupla felicidade! Eu vou convidar o professor Paulo Amarante para conversar conosco nessa abertura. Agradeço a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) pelo patrocínio deste nosso seminário.

Nós teremos dois dias de debates com pessoas muito importantes no cenário mundial dessa discussão. Na próxima mesa, sob a coordenação de Fernando Freitas, teremos Andrew Scull e, na sequência, teremos a Sarah Fay. Na parte da tarde, a presença do Allen Frances e do Robert Whitaker agregando às discussões. O seminário já trouxe

¹ 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). Presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME).

diversos autores nacionais e internacionais nessa discussão das drogas psiquiátricas e nós acreditamos que podemos, com essa 6ª edição, contribuir para esse debate tão importante que diz respeito à medicalização e a patologização da vida. Paulo, gostaria de ouvir as suas palavras também de saudação de início do nosso seminário.

PAULO AMARANTE (LAPS/ENSP/ Fiocruz)²

Olá, bom dia! Também estou muito feliz com essa possibilidade de retomar a construção de um projeto nacional, libertário, democrático de direito e dizer o quanto é importante isso para o nosso tema. Inclusive, o tema que nós abordamos nesse seminário diz respeito a toda uma luta em defesa da população contra a opressão de uma forma de fazer psiquiatria, uma psiquiatria ortodoxa, patologizante, medicalizante e prescritora, que reduz toda a questão política e social. Então, há uma explicação meramente biológica organicista e ela foi absolutamente desmontada por uma das nossas convidadas do ano passado: Joanna Moncrieff e toda uma equipe. É importante que esse tema seja incluído dentro de uma perspectiva mais ampla de defesa de saúde verdadeira da população... não de tratamento médico, mas de saúde como direitos humanos, de saúde como qualidade e defesa de vida. Então, essa é uma discussão muito importante que, nesse seminário, quando dizemos “seminários sobre drogas psiquiátricas” é porque nós decidimos centrar nesse aspecto da droga, na medida que vimos o quanto os diagnósticos psiquiátricos aumentavam e como esse aumento não significa que haja um aumento de transtorno, mas significa que há um aumento de prescrição, de elaboração e fornecimento de diagnóstico.

A distribuição diagnóstica é, também, acompanhada de uma grande prescrição médica. Isso é um fenômeno importante quando falamos de saúde pública no mundo. É uma das questões que mais incomoda hoje na Europa, nos Estados Unidos, e em toda América Latina: a medicação psiquiátrica excessiva, abusiva, desnecessária, centrada numa patologização da vida cotidiana. E isso, inclusive, implica em outras questões, como a grande dificuldade de retirada das substâncias psiquiátricas, que é um problema

² 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.

grave de saúde pública não reconhecido. Sobre isso, inclusive, Fernando, eu e alguns dos nossos convidados fazemos parte do Instituto Internacional para a Retirada da Droga Psiquiátrica. Ainda se fala muito de drogas, mas não se coloca em análise a função das drogas psiquiátricas e essa é uma questão que nós trouxemos, e eu quero registrar.

Como Ana Paula já falou, destacamos a importância da persistência, da insistência, da consistência com que o Fernando Freitas abordou esse tema. Nós traduzimos o livro *Anatomia de uma Epidemia*, da autoria de Robert Whitaker, publicado pela Editora Fiocruz. Robert é autor de vários outros livros, fundador do site *Mad in América*, a partir do qual nós fazemos a versão brasileira, *Mad in Brasil*. Tem também o *Mad in América*, em espanhol, o *Mad in França*. E em vários países estão fazendo a sua adaptação, a sua retransmissão local. Esta é uma rede importante. E foi a partir daí que usamos a expressão “epidemia das drogas psiquiátrica”, fazendo uma analogia crítica a questão da epidemia dos diagnósticos psiquiátricos que acompanham a epidemia de prescrição.

E hoje, especialmente, estamos na sexta versão, e a gente dá boas-vindas a todo um público internacional. Conseguimos pela primeira vez fazer a tradução de todo o seminário nas línguas inglesa e espanhola. Então, tudo que está sendo discutido aqui está sendo simultaneamente traduzido para o inglês, espanhol e Língua Brasileira de Sinais (Libras), pois é muito importante a política de inclusão, de possibilitar que essa discussão seja adotada o mais amplamente possível. Nesse sentido, eu queria mais uma vez registrar a importância desse seminário, e nesse momento de abertura, dizer que o seminário já trouxe aqui o Robert Whitaker, a Laura Delano, o Jaakko Seikkula (do Diálogo aberto, na Finlândia), o Irving Kirsch (que é chamado de Doutor Placebo, um dos maiores pesquisadores sobre depressão e antidepressivos do mundo), o John Read, a Lucy Johnstone e Joana Moncrieff. Esse ano, como a Ana já citou, trouxemos o Andrew Scull, a Sarah Fay, o Allen Frances, o Manuel Desviat (da Espanha), a Laura Martin (da Espanha) e Thiago Pires (de Portugal). E como sempre, temos usuários participando. Esse ano teremos o Adilson Silva, do movimento da luta antimanicomial de São Paulo, o Marcelo Kimati, psiquiatra do Paraná. Eu e Fernando também estaremos nessa mesa de encerramento discutindo o seminário com todas as contribuições e uma certa perspectiva de agenda, porque é importante que a gente consiga sair desses seminários com uma agenda, com uma proposição política.

Nós estamos no momento de virada, de retomada e vamos ter que colocar na pauta do congresso nacional, do poder legislativo, alguma ação que pare com essa medicalização abusiva, vergonhosa, da vida dos brasileiros - medicalização liderada por associações comprometida com os interesses mercantis industriais da área, e uma série de outros aspectos. Nós vamos ter que criar estratégias de enfrentamento no âmbito legislativo, político, jurídico, desse processo de medicalização, de redução da vida social e política a diagnósticos. Hoje mesmo dei uma entrevista para a Folha de São Paulo e me perguntaram qual o impacto da saúde mental nas eleições e eu falei: Olha, eu não sei porque vocês querem fazer essa redução.... Eu acho que essa pergunta reduz a questão política ou a questão da saúde mental a um aspecto individual, pois, aparentemente, você retira do contexto social e político e joga no nível do sujeito que está sofrendo. Independentemente do resultado, nós vamos ter que lidar com isso como sujeitos políticos, pensando no coletivo, nas estratégias que nós vamos ter que usar. Então, acho que é muito importante que no último dia a gente tenha uma agenda no encerramento do seminário, que a gente possa construir uma pauta de intervenções, de projetos de formas de mudar o cenário, pois temos visto uma abusiva e excessiva medicalização e patologização da vida.

Então, mais uma vez eu quero agradecer a todo pessoal da VideoSaúde, que desde o primeiro seminário, com a sua competência e dedicação, faz essas transmissões que ficam registradas no YouTube - e todas as mesas vão ficar disponíveis em inglês, em espanhol e em português, pois eu considero esse material como um instrumento importante de pesquisa, de produção política. Agradeço ao Léo, o Pauliran, o Paulo Lara, o Gerson, o pessoal da direção da ENSP, a Renata Colaço, o diretor Marco Menezes e a toda a equipe que já nos ajudou tanto. Também agradeço a toda a equipe do LAPS e colaboradores.

Quando escolhemos essa data, não pensamos na dimensão que poderia ter um dia após as eleições. Mas, acho que foi muito maravilhoso! Estamos muito felizes! Estamos, hoje, começando uma nova vida e isso, certamente, vai ser significativo em todos esses anos que virão pela frente. Felicidades para todos nós e muito obrigado. Passo a palavra para o Fernando Freitas e, mais uma vez, destaco a importância que ele teve e tem nesses seminários sobre drogas, já na sua sexta edição, para que ele dê boas-vindas e coordene.

Fernando, é com você. Muito obrigado a vocês! Bom dia e até mais. Aproveitem bem esse seminário, porque ele é muito importante.

PALESTRAS DE ABERTURA

“O modelo biomédico fracassou?” | “O que significa ter um diagnóstico psiquiátrico para a vida de quem o recebe?”

FERNANDO FREITAS (LAPS/ENSP/Fiocruz)³

Bom dia a todas e todos! Paulo, muito obrigado pelas suas palavras generosas a meu respeito. O Paulo já introduziu todas e todos ao seminário e ao que ele representa. Nós estamos na sexta edição do seminário e é um dia após o resultado das eleições. Eu falo isso porque, quatro anos atrás, nós estávamos também realizando um seminário internacional (deve ter sido o segundo seminário internacional) e nós estávamos em um clima, uma atmosfera de luto, pois sabíamos o que viria pela frente. Eu digo isso, porque um dos convidados da época, John Read, me escreveu ontem, quando a apuração ainda não havia sido concluída, elogiando a vitória do Lula. Estávamos todos muito tristes à época, sabíamos que viríamos a enfrentar 4 anos de obscurantismo, de barbárie. Então, muito legal começar bem, hoje.

Vou apresentar o primeiro palestrante, que é o Andrew Scull. O Andrew Scull é um renomado historiador britânico, com vários livros publicados e centenas de artigos em periódicos científicos de prestígio internacional. Destacamos alguns dos seus livros mais famosos que, infelizmente, nós não temos em português. Um deles, o último, foi maravilhoso! Eu li recentemente em inglês. O título traduzido seria: *Remédios Desesperados: a Busca Turbulenta da Psiquiatria para Curar Transtornos Mentais*. Um título bastante sugestivo. Também é dele outro livro maravilhoso: *Madness and Civilization (A Loucura e a Civilização)*, e também o livro: *Insanity Place (O Lugar Da Insanidade)*, que são ensaios a respeito da história da psiquiatria. Então, é com grande prazer que eu apresento a vocês: Andrew Scull. Por favor, a palavra é sua.

³ 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).

ANDREW SCULL (Sociólogo – Universidade da Califórnia)⁴

Olá, muito obrigado! Eu não falo português, então, eu sinto muito que eu não possa falar diretamente o idioma de vocês. Espero que falando em inglês, com a tradução, vocês consigam me entender bem e entender o que eu tenho a dizer nessa manhã. Então, estou muito feliz de me unir a vocês, eu gostaria de estar aí pessoalmente. Mas, muito obrigado! Graças ao Zoom, nós podemos ter essa conversa aqui e estou animado para isso.

Então, o meu livro mais recente se chama *Desperate Remedies* e ele olha para a história da Psiquiatria em seus primórdios, do começo do século XIX até o presente. Essa manhã, eu estarei falando mais sobre o período do fim da Segunda Guerra Mundial até agora, mas vou esboçar brevemente algumas coisas que aconteceram antes disso, para contextualizar o que eu vou dizer sobre o estado contemporâneo das coisas. A psiquiatria e o asilo nasceram juntos; portanto, é difícil desembaraçar um do outro. Na verdade, é como se fosse o velho problema do ovo e da galinha, que é saber qual veio primeiro. Os asilos foram, em certo sentido, produto do Iluminismo e foram fundados com a noção de que os doentes mentais, quando colocados em um ambiente apropriado e tratados com o que se chamava de “tratamento moral”, poderiam ser curados.

Em sua própria fundação, os asilos estavam associados a uma enorme quantidade de otimismo – aqueles que dirigiam os novos asilos e ainda não eram chamados de “psiquiatras”, tendiam a se autodenominarem “superintendentes de asilos” ou, talvez, “alienistas”. Eles alegavam que podiam curar 60%, 70%, 80% das pessoas com transtornos mentais graves, contanto que eles fossem levados a essas novas instituições terapêuticas cedo o bastante. Mas na realidade, é claro, essas expectativas utópicas estavam fadadas ao fracasso. E embora algumas pessoas realmente saíssem dos asilos a cada ano, talvez 35% ou 40%, uma grande parte delas ficava para trás. A matemática simples significava que, com o tempo, os asilos cresceram maciçamente em tamanho e

⁴ Professor de Sociologia e Estudos Científicos da Universidade da Califórnia, San Diego. Ele é o autor de muitos livros e artigos sobre a história da psiquiatria, incluindo *Decarceration* (1977, 1984), *Museums of Madness* (1979), *The Most Solitary of Afflictions* (1993), *Masters of Bedlam* (1996), *Undertaker of the Mind* (2001), *Madhouse: A Tragic Tale of Megalomania and Modern Medicine* (2006), *Hysteria* (2001) e *Madness and Civilization: A Cultural History of Insanity, from Ancient Palestine to Freud, and from the Madhouse to Modern Medicine* (2015). Ele é ex-presidente da Sociedade para a História Social da Medicina.

cada vez mais a população consistia em pessoas com doenças crônicas, que estavam lá não por alguns meses, mas por anos. Muitas vezes por décadas.

Até o final do século XIX, isso produziu uma crise para a psiquiatria, porque as reivindicações iniciais de poder de cura estavam sendo desmentidas pelo grande número de pessoas que se acumulavam nos asilos no final do século XIX. E estes asilos, que começaram com 30, 50 ou 100 pacientes, agora continham mil, cinco mil, às vezes dez mil pacientes. Assim, os psiquiatras tinham que explicar ao mundo o que havia de errado com as pessoas com transtornos mentais e por quê, enquanto profissionais, eles não podiam curar. A explicação que eles desenvolveram foi culpar a vítima, alegando que a pessoas com transtornos eram biologicamente inferiores ao resto de nós, que eles eram degenerados, que eram pessoas nas quais a evolução tinha funcionado ao contrário, tornando-as subumanas. E a questão, então, era: o que fazer a respeito dessas pessoas?

O raciocínio, então, mudou: ao invés de serem locais de cura, os asilos eram simplesmente lugares para afastar essas pessoas do convívio social, longe da possibilidade de procriar, porque a loucura os deixou nessa condição que inibe o resto de nós. Então, não queriam que se reproduzissem. E a solução que surgiu disso foi esterilizar as pessoas com transtorno mental. O juiz Oliver Wendell Holmes, um dos juristas mais famosos da América, escreveu um parecer no qual disse o seguinte: “Três gerações de idiotas são suficientes, o Estado tem um interesse convincente em mim para esterilizar as pessoas na Califórnia”, e isso continuou a ser feito até 1970. No entanto, havia restrições em sociedades democráticas que inibiam quanta esterilização realmente ocorria. Essas restrições desapareceram na Alemanha nazista e Hitler, pegando emprestado do exemplo da Califórnia, instituiu uma lei de esterilização compulsória quase assim que ele assumiu o poder. E então, em menos de uma década, no final da década de 1930, os nazistas decidiram que os doentes mentais eram fardos inúteis e deveriam ser simplesmente exterminados. E, na verdade, os doentes mentais foram as primeiras vítimas da solução final, com a colaboração ativa da maioria dos psiquiatras alemães: cerca de um quarto de milhão de pacientes mentais foram exterminados, foram assassinados em câmaras de gás, e essas câmaras de gás foram, então, transferidas para o leste – para os campos de concentração – para matar judeus e outras pessoas que os nazistas consideravam indesejáveis.

Portanto, essa foi uma dimensão que a psiquiatria desenvolveu. Uma dimensão realmente terrível. Mas, o que aconteceu no início do século XX em outros ramos da profissão foi uma busca por curas. As pessoas com transtornos mentais eram trancadas, em um duplo sentido: eram encarcerados em instituições e suas vozes eram abafadas. Eles eram considerados incapazes de julgar o que era melhor para seu próprio interesse. Os asilos eram um lugar que realmente estava sob o controle da profissão e os loucos podiam ser prontamente pesquisados - e assim acontecia. Reconhecemos vários desses experimentos que eu não terei tempo de falar sobre, pois não quero gastar muito tempo hoje examinando tudo isso... Mas, existiram, por exemplo, pacientes sendo injetados com malária e ficando com febre para tentar curar sua loucura; existiram pacientes cuja loucura estava sendo rastreada em busca de infecções ocultas em seus corpos, que estavam envenenando seus cérebros através da corrente sanguínea e da linfa. Esses pacientes foram submetidos ao que foi chamado de “bacteriologia cirúrgica”, porque tratava-se da “era antes dos antibióticos”, e se você quisesse eliminar a infecção, você tinha que literalmente cortá-la fora. Então isso produziu uma ânsia por arrancar dentes, remover amígdalas, e quando isso não funcionava, focava-se no canal alimentar, cortando estômagos, baço, cólon, colo do útero. No processo grande parte dos pacientes que eram submetidos a este procedimento morria. E essas experiências, no entanto, persistiram por muito tempo.

A cirurgia abdominal desapareceu na década de 1930, mas a extração de dentes e a remoção de amígdalas persistiram em Nova Jersey (onde este processo originou-se) até 1960. E então, surgiu a ideia de colocar as pessoas em coma usando o recém-descoberto milagre da insulina. A insulina, é claro, transformou o diabetes, de uma sentença de morte em uma doença crônica, mas ficou claro que se você recebesse muita insulina, você ficaria inconsciente, entraria em coma e, às vezes, teria convulsões. E se esse processo não fosse revertido, você morreria. Os pacientes mentais foram colocados em comas artificiais e revividos com glicose após um período. Foi alegado pelo criador desta terapia que 80% dos esquizofrênicos foram curados. Mas, é claro que não foram e, quando o tratamento foi finalmente posto à prova na década de 1950, foi descoberto que era, de fato, inútil. Os pacientes receberam drogas conhecidas como Cardiosol, na Europa, e Metrosol, na América do Norte, para causar convulsões e essas convulsões foram deliberadamente invocadas, por causa da falsa crença de que você não poderia ter esquizofrenia e epilepsia ao mesmo tempo. Então, se você criasse epilepsia artificialmente, você curaria a doença.

A sensação, quando lhe era injetada essa substância, era de que você estava prestes a morrer, isso poderia persistir por um minuto ou por uma hora, então você convulsionava, muitas vezes fraturando vértebras, e às vezes quadris, no processo. E foi para desenvolver uma reação mais rápida, a chamada “abordagem humana” para produzir essas convulsões que Bini e Cerletti, na Itália, desenvolveram a ECT (Eletroconvulsoterapia): o único desses remédios desesperados que sobrevive até o presente, embora um tanto controversa.

E, finalmente, há muitos mais. Mas vou falar, apenas, de mais um destes remédios desesperados, inventado em Portugal, em 1935, por Egas Moniz: a lobotomia frontal. Esse procedimento espalhou para a América do Norte, principalmente, através do trabalho de Walter Freeman e seu colega neurocirúrgico, James Watts, e eles impulsionaram dezenas de milhares de lobotomias sendo realizadas em todo o mundo. Isso persistiu até a década de 1950. Na verdade, injetar malária em pacientes com paralisia geral característica da loucura (o que agora sabemos ser a sífilis terciária) ganhou um Prêmio Nobel para seu inventor. Da mesma forma, a lobotomia é a segunda intervenção psiquiátrica que ganhou um Prêmio Nobel de medicina, desta vez em 1949, cerca de 14 anos depois de sua invenção. Então, a psiquiatria, durante esse período, investiu na ideia de que a loucura estava enraizada no corpo e, particularmente, no cérebro. Isso licenciou todos os tipos de experimentos terríveis em pacientes mentais relutantes.

Essa situação começou a mudar muito depois da Segunda Guerra Mundial, de várias maneiras, e isso vai nos permitir falar sobre como chegamos ao atual estado de coisas e onde, mais uma vez, temos a biologia como única explicação para os transtornos mentais e seu tratamento entre os psiquiatras é feito a partir do uso de drogas, principalmente no mundo contemporâneo. E como isso aconteceu foi de uma maneira bastante estranha. A Segunda Guerra Mundial, assim como a Primeira Guerra Mundial, demonstrou que a guerra industrial moderna e a manutenção da saúde mental das pessoas são extremamente incompatíveis e, para muitas pessoas, a experiência da guerra, as coisas que elas veem, as coisas que são forçadas a fazer, causam-lhes uma considerável turbulência mental e, em uma fração significativa dos casos, leva-os ao colapso.

O combate das tropas americanas na Segunda Guerra Mundial produziu taxas de doenças psiquiátricas duas a três vezes mais frequentes do que na Primeira Guerra Mundial, onde nós todos reconhecemos o trauma de guerra como um dos subprodutos da guerra. Isso foi um problema desesperador para os militares americanos e de outros

lugares, porque as baixas psiquiátricas eram obviamente uma grande ameaça à moral e à eficiência no combate à guerra, ameaçava se tornar uma epidemia que se espalharia pelas tropas. Havia preocupação, é claro, de que diagnosticar as pessoas como doentes, espalharia o diagnóstico, e muito rapidamente os exércitos tiveram que desenvolver técnicas para lidar com essas baixas, as quais eram predominantemente de um tipo muito diferente dos remédios físicos de que falei anteriormente. Ao invés disso, particularmente no Exército dos Estados Unidos, as técnicas giravam em torno de intervenções psicoterapêuticas, geralmente muito breve. De fato, quanto mais intervenções, piores os resultados para as tropas, mas a alegação era que as tropas tratavam dessa maneira, usando persuasão e reforço, e que aviam se recuperaram em números significativos. E, após a guerra, os psiquiatras recém-treinados psicoterapeuticamente queriam continuar praticando no campo e fora dos asilos, onde a maior parte dos doentes mentais ainda residia. Então, o que vimos nas décadas de 1940, 50 e 60, mesmo na década de 1970, foi a adoção das ideias de Freud, que sempre foram de um gosto distintamente minoritário. Tanto a psiquiatria acadêmica quanto a psiquiatria ambulatorial que estavam crescendo aos trancos e barrancos no período após 1945, abraçaram em grande parte as ideias freudianas, as quais viam a doença mental como enraizada no conflito psicológico e a tratavam por meio da cura pela fala. Isso não funcionou muito bem no asilo, tanto por motivos de recursos como porque a psicanálise (quaisquer que sejam seus méritos ou deméritos) não funciona muito bem com a psicose.

E é importante entender que, embora a imagem pública da psiquiatria tenha se tornado o divã psicanalítico e as ideias psicanalíticas permeassem Hollywood, os palcos, a literatura, as ciências sociais, as universidades e o discurso público, na realidade a maior parte das pessoas com transtornos mentais ainda residia em hospitais psiquiátricos tradicionais, lugares que chamei de “museus da loucura”. Em 1950, os EUA tinham meio milhão de pessoas em seus hospitais psiquiátricos; em 1955, que foi o ano de pico de institucionalização na América, o número subiu para quase 560.000 pessoas em um determinado dia. Então, ainda havia um número substancial de psiquiatras que trabalhavam nesses mundos fechados, mas eles eram os mais desprezados, os mais mal remunerados, o mais sobrecarregado, era o ramo menos prestigioso da profissão.

A psiquiatria acadêmica, como eu disse, havia abraçado a psicanálise e praticamente todos os principais departamentos de psiquiatria dos EUA, com a exceção

singular da Universidade de Washington, em Saint Louis. Mas foi do hospital psiquiátrico, e não da universidade, que o próximo estágio de mudança na psiquiatria emergiu, porque eram os hospitais que prometeram, pela primeira vez, a prescrição de medicamentos como tratamento para transtornos mentais e o surgimento da alegação de que transtornos mentais poderiam, de fato, ser tratadas com produtos químicos e isso poderia produzir curas. Ninguém pensou que isso fosse possível, mesmo na década de 1940, na descoberta de ambos os antipsicóticos (como passaram a ser chamados) e os antidepressivos, foi um acaso ou, se preferir, um acidente. O primeiro antipsicótico conhecido como “logato” na Europa (ou *Mighty drug*) e Thorazine, nos Estados Unidos, era uma clorpromazina, uma droga que, na verdade, foi inventada na década de 1870, na Alemanha, mas não era usada. Foi Ron Blank, um francês de uma casa farmacêutica, que a experimentou. Eles estavam procurando um mercado para essa droga e acharam que poderia ser útil para tratar a psoríase como um antiemético. Eu vi anúncios de Thorazine em jornais pediátricos na década de 1950 dizendo “se a sua criança tem tendência a vomitar, você deve dar a ela Thorazine”, dado o que sabemos sobre os efeitos colaterais da thorazine, essa é uma ideia arrepiante. Mas ao longo do caminho ocorreu outra ideia, talvez isso estava sendo usado muito livremente para uma série de indicações.

Um cirurgião naval francês experimentou a Thorazine em pacientes que aguardavam cirurgia e viu que nesses pacientes a ansiedade sumia. Eles se tornavam indiferentes ao que estava prestes a acontecer com eles. Ele chamou esse fenômeno de *lobotomia química* – “lobotomia” ainda era um termo positivo, com ressonância positiva naquele período em que eles só queriam saber de um prêmio. E ele sugeriu que, talvez, para alguns de seus amigos que praticavam psiquiatria, deveriam tentar isso em seus pacientes psiquiátricos. E foi assim que Thorazine entrou na psiquiatria no início dos anos 1950, licenciado em 1954 nos Estados Unidos e administrado a 2 milhões de pacientes apenas dois anos depois. Foi a primeira das drogas que teve efeitos dramáticos em pacientes, não todos eles, de forma alguma. Mas para os psiquiatras, aqui estava algo que parecia muito mais com tratamento médico convencional do que colocar um picador de gelo no cérebro das pessoas ou provocar-lhes convulsões. Logo depois, o primeiro antidepressivo foi descoberto, novamente por puro acidente. Houve experimentos com o ipronizado, para tratar casos avançados de tuberculose, uma doença, obviamente, muito ameaçadora à vida e, no entanto, os médicos do tratamento notaram que eles ficaram

felizes e perderam seus medos, pareciam ter um estado mental melhorado, e foi assim que houve reconhecimento que drogas poderiam tratar transtornos emocionais.

Então, as drogas apareceram em cena nos hospitais psiquiátricos. A reação dos psiquiatras, ou melhor dizendo, a reação dos psiquiatras psicanalíticos a isso foi, em grande parte, hostil. Era para rejeitar as drogas como uma forma de disfarçar, algo que suprimia os sintomas, mas não abordava os problemas subjacentes. Em alternativa, alguns psiquiatras argumentavam: “bem, pelo menos as drogas tornavam os pacientes, anteriormente inacessíveis, capazes de participar do trabalho real da terapia”, que eles ainda pensavam como psicoterapia. Agora, ao olhar para a psiquiatria norte-americana em 1960, seria possível presumirmos que a partir do domínio psicanalítico dos aspectos mais prestigiados e recompensadores financeiramente, entre outros aspectos do tratamento psiquiátrico, que a psicanálise continuaria a governar. Mas na verdade, estava sendo corroída, suas fundações estavam desmoronando e declinou com extraordinária rapidez no início dos anos 1980. E a psiquiatria deixou de olhar para o psicológico e, até certo ponto, para as dimensões sociais do transtorno mental. Mais uma vez, para abraçar a noção de que estava enraizada no corpo e, mais particularmente, no cérebro.

O que isso, significou para nossa situação contemporânea? Obviamente, o tratamento com drogas foi parte da revolução psicofarmacológica, parte dessa história, mas apenas parte da história. Inicialmente, os psicanalistas desdenhavam do processo de diagnóstico, eles não tratavam como um problema. Para eles, cada caso individual e suas peculiaridades e complexidades psicológicas era o que era necessário olhar, e eles consideraram a distinção entre diferentes variedades de transtornos mentais como um exercício pouco intelectual e desinteressante. Mas haviam alguns psiquiatras parcialmente motivados pela necessidade das empresas farmacêuticas combinarem seus remédios químicos com doenças específicas, os quais se interessaram por essa questão de como lidamos e distinguimos entre as múltiplas variedades de transtornos mentais que eles viam. E eles voltaram a uma tradição que surgiu na Alemanha, no final do século 19, pelas mãos do Emil Kraepelin, que foi o primeiro a distinguir entre o que ele chamou de *dementia praecox* e doença maníaco-depressiva, mais tarde, é claro, esses termos se transformaram um pouco. E, embora seja uma simplificação um pouco exagerada, não é muito distante do tema falar sobre essas condições, como esquizofrenia, como eram

chamadas – ou esquizofrenias – como era chamada por Bleuler por volta de 1910, ou transtorno bipolar e depressão maior, à medida que evoluíram até o presente.

Havia, como eu disse, alguns psiquiatras olhando para esse processo. Eles publicaram suas pesquisas e o que mostraram foi que os psiquiatras tinham um registro muito ruim, concordando entre si sobre o que havia de errado com o que os pacientes recebiam. De fato, a convergência no diagnóstico foi pouco melhor do que 50/50, quando confrontado com o mesmo paciente. Houve um estudo particularmente revelador que comparou os mesmos pacientes examinados por psiquiatras em Nova York e Londres. Dos norte-americanos diagnosticados, talvez 60% dos pacientes estavam sofrendo de esquizofrenia, já seus colegas britânicos disseram “não, não, desses mesmos pacientes, apenas 20% deles são esquizofrênicos” e, em contraste, o diagnóstico de depressão maníaca era muito mais comum na Grã-Bretanha do que nos Estados Unidos. Não é o que esperaríamos ver se estivéssemos procurando em outros tipos de doença. Por exemplo, se você tivesse doença pulmonar, você não esperaria que os norte-americanos diagnosticassem tuberculose três vezes mais do que seus colegas britânicos, e que seus colegas britânicos dissessem: “não, esses mesmos pacientes realmente tinham pneumonia”. Então, houveram problemas persistentes sobre a confiabilidade do processo de diagnóstico, ainda não falaremos sobre a validade e se essas condições são reais em parte do mundo, mas tudo isso foi muito mais um debate interno, dentro de uma pequena fração da profissão. Foi uma preocupação entre aqueles que prestaram atenção.

Mas, o que realmente saltou para a consciência pública e criou uma grande crise para a psiquiatria norte-americana foi a publicação de um artigo muito famoso na revista *Science*, junto com a *Nature*, as duas revistas científicas mais proeminentes do mundo, era um artigo de um psicólogo social de Stanford, chamado David Rosenhan, com o estranho título “*On Being Sane in Insane Places*”. Rosenhan afirmou que havia examinado oito voluntários, um dos quais era o próprio Rosenhan e os enviou para hospitais psiquiátricos, reclamando que estavam ouvindo vozes, falando coisas como “ruído, vazio e oco”. Além disso, eles foram instruídos a agir de forma perfeitamente normal e, uma vez no hospital, não apresentar mais nenhum sintoma. E Rosenhan afirmou que seus oito voluntários haviam garantido uma dúzia de internações em vários hospitais psiquiátricos, de instituições estatais sobrecarregadas a uma instituição privada de elite. Todas essas internações, exceto uma, resultaram em um diagnóstico de esquizofrenia e

os pacientes foram tratados com drogas psicoativas poderosas. Então, seu argumento era: “olha, esses pacientes eram perfeitamente normais, tinham esse sintoma menor e, no entanto, estavam todos internados”, mas entre 9 e 52 dias antes de receberem alta como esquizofrênicos. Psiquiatras, ele disse, não conseguiam distinguir entre loucura e sanidade. Ele usou esses termos leigos e a profissão ficou indignada e, ainda assim, muito rapidamente esse estudo foi captado por jornais, por estações de rádio, por televisões, pessoas em todo o país. Pessoas comuns riram das pretensões da psiquiatria de ser capaz até de diagnosticar os objetos de suas atenções. Foi uma crise imediata, os líderes da associação psiquiátrica americana convocaram uma reunião poucas semanas após o surgimento do estudo e estabeleceram uma abordagem para resolver esse problema de diagnóstico. O que eles queriam fazer era criar uma situação em que, diante do mesmo paciente, dois psiquiatras quaisquer chegassem ao mesmo diagnóstico. Portanto, havia ênfase na confiabilidade do integrador na capacidade de profissionais concordarem e a forma como esse processo ocorreu foi desenvolvida formulando uma lista de verificação diagnóstica de sintomas.

Para os psicanalistas, os sintomas eram meramente manifestações de problemas mais profundos. Porém, cada vez mais eram os próprios sintomas que davam origem ao diagnóstico e também, de maneiras importante, para o tratamento. Agora, essa força-tarefa foi projetada para criar um novo manual de diagnóstico, havia duas edições anteriores desse manual, no início dos anos 1950 e no final dos anos 1960: DSM-I e DSM-II, como são conhecidos. Mas a passagem do DSM-III, em 1980, foi crítica ao inaugurar o mundo psiquiátrico moderno em que ainda vivemos. Foi difícil para aquela nova versão do manual passar uma profissão que ainda era fortemente psicanalítica, o que dispensou todas as especulações freudianas sobre as origens do transtorno mental, proclamando-se resolutamente um *ateórico* e olhou apenas para os sintomas para orientar a tomada de decisão. Mas o autor, o principal condutor desta nova abordagem que se baseou em psiquiatras biologicamente orientados, em particular, da Universidade de Washington, em St. Louis, estava determinado a eliminar as referências freudianas do manual e o fez com muito sucesso. Como um compromisso de última hora, para ganhar votos que eram necessários para passar o manual para sua posição de autoridade, ele concordou em adicionar palavras como “neurose” entre parênteses depois de alguns dos diagnósticos. E o DSM-III foi instituído, tornou-se rapidamente a forma dominante de conceber os transtornos mentais, tornou-se o manual que todos os profissionais eram forçados a usar

se quisessem ser reembolsados pelas seguradoras, pelos tratamentos que dispensavam. E tornou-se, para as empresas farmacêuticas, uma maneira de desenvolver novos medicamentos, geralmente apenas versões copiadas dos medicamentos já existentes, para tratar as formas graves de transtornos mentais.

Para a psicanálise, o DSM-III foi o último prego no caixão. Muito rapidamente, a profissão voltou a abraçar a ideia de transtorno cerebral como a mesma coisa que transtorno mental. Houve uma ênfase crescente em tentar descobrir as raízes genéticas do transtorno mental e começar a compreender as bases neurológicas e neurocientíficas dos transtornos mentais. Isso reforçou, também, a dependência da psiquiatria norte-americana em relação às drogas e as conexões entre os psiquiatras norte-americanos e a indústria farmacêutica. E isso provou ser uma combinação muito poderosa daqui para frente. Então, nos movemos como o líder intelectual de Harvard, Leon Eisenberg, colocou: de uma “psiquiatria sem cérebro” que ignorou o físico, para uma “psiquiatria sem mente” que ignorou as dimensões psicossociais da doença mental e se concentrou, simplesmente, na biologia. As drogas foram claramente uma parte crítica de todo esse processo, e é interessante olhar para como isso aconteceu.

Como indiquei há pouco, as drogas chegaram à cena acidentalmente, ninguém sabia como funcionavam, apenas que pareciam funcionar. Devemos examinar isso um pouco. Dos sintomas positivos da esquizofrenia: os delírios e as alucinações, e assim por diante, estão entre suas manifestações mais dramáticas. Não era penicilina psiquiátrica, mas para alguns pacientes, isso atenuou esses sintomas, o que foi visto como um passo à frente. Acontece que isso não afetou realmente os sintomas negativos da esquizofrenia, a apatia, a perda de conexão social, o pensamento desordenado, que é tão incapacitante. Nesses aspectos, não funcionou muito. E o alívio que proporcionou, muitas vezes, teve um preço muito alto em termos de efeitos colaterais, um problema que persiste até hoje, embora o perfil de efeitos colaterais das drogas modernas seja bastante diferente daqueles desenvolvidos na década de 1950. Da mesma forma, os antidepressivos só funcionaram para uma minoria de pacientes e veio com um fardo pesado de efeitos colaterais, com as primeiras gerações de antidepressivos que poderiam melhorar fatalmente. Como todos vocês devem saber, as empresas farmacêuticas desenvolveram outras drogas mais tarde, uma vez que essa revolução psicofarmacológica ganhou ritmo na década de 1980 e durante seu avanço. A partir de então, tivemos os chamados antipsicóticos atípicos de

segunda geração e foi desenvolvido uma nova classe de antidepressivos ISRS, inibidores seletivos da recaptção da serotonina.

Tentando entender por que essas novas drogas podem ter os efeitos que tiveram, levaram à descoberta de que o cérebro não era simplesmente um órgão que funcionava por meio de impulsos elétricos. Os neurotransmissores recém-descobertos e em proliferação, desempenhavam um papel muito importante na maneira como o cérebro funcionava, e havia o pensamento inicial de que talvez a esquizofrenia refletisse deficiência de dopamina, porque é isso que a primeira geração de antipsicóticos parecia afetar. Quando o Prozac e seus análogos surgiram no final dos anos 1980 e 1990, os quais pareciam afetar a serotonina, o argumento desenvolvido foi que a serotonina era a causa da depressão. Se você não tivesse o suficiente, seu humor mudaria para pior e as drogas agiam para fornecer a serotonina que você precisava e para retornar à saúde mental. Sabemos, agora, e sabemos há algum tempo, que ambas as alegações são cientificamente frustradas, mas como dispositivos de marketing, foram extremamente eficazes.

A primeira geração de antipsicóticos teve efeitos muito poderosos e prejudiciais em alguma fração do cérebro do paciente, em particular, eles tendiam a criar Parkinson como síndrome, e eles produziram um distúrbio iatrogênico conhecido como discinesia tardia. Agora existem medicamentos advertidos para tratar a discinesia tardia na televisão norte-americana, o que é uma indicação de que persiste como um problema até hoje. Esses chamados medicamentos atípicos, o primeiro dos quais foi a clozapina, na verdade, uma droga muito antiga que havia sido removida do mercado porque poderia causar, potencialmente, efeitos colaterais fatais em alguns pacientes. A clozapina ressurgiu porque parecia não produzir discinesia tardia e parecia funcionar em alguns pacientes para os quais as outras drogas tinham pouco ou nenhum efeito. Logo um monte de outras drogas surgiu em cena na década de 1990, e esses antipsicóticos de segunda geração tinham uma menor propensão (mas não nenhuma propensão) para causar esses efeitos colaterais subjacentes, dos quais já falamos. Porém, eles trazem consigo uma série de outros problemas: ganhos maciços de peso, problemas cardíacos, distúrbios metabólicos, diabetes, efeitos colaterais ameaçadores para a vida, em outras palavras e, novamente, eles funcionam apenas para uma minoria de pacientes.

Acho que uma das maneiras mais claras de ilustrar esse ponto é olhar para um estudo que apareceu no *New England Journal of Medicine*, em 2005, conhecido como o

estudo CATIE. A maioria dos estudos de drogas e seus efeitos em pacientes mentais foram financiados e controlados pelas empresas farmacêuticas, que jogaram com essas descobertas: eles suprimiram dados de que não gostaram, eles escolheram a dedo as informações, eles esconderam efeitos colaterais em uma escala muito grande. Mas, pela primeira vez, um estudo foi financiado pelo Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH), pelo governo. O que o CATIE fez foi comparar três novos antipsicóticos, esses chamados medicamentos de segunda geração, com um medicamento antigo da década de 1950. A questão era: os novos medicamentos funcionam melhor e eles têm um perfil de efeito colateral mais baixo? E a resposta rápida para ambas as perguntas é a seguinte: não, as novas, embora muitas vezes mais caras do que os medicamentos de primeira geração, não funcionam melhor. O perfil do efeito colateral era diferente e tão preocupante quanto. Mas quero chamar a atenção para outra descoberta desse estudo, que eu acho que revela muito sobre os limites do tratamento medicamentoso moderno para transtornos mentais.

Havia quatro medicamentos no estudo, dependendo de qual medicamento um determinado paciente era designado para tomar. Entre 67% e 82% dos pacientes abandonaram o estudo porque os medicamentos não funcionaram ou por descobrirem que os efeitos colaterais das drogas eram intoleráveis. Então, percebemos aqui que as drogas não são uma cura milagrosa, você pode ver a mesma coisa com os ISRS, é notável o quão amplamente essas drogas são prescritas atualmente. Na Grã-Bretanha, cerca de 17% da população toma antidepressivos. Talvez esse seja o efeito colateral do governo terrível que eles têm lá agora, mas isso é bobagem, é claro, porque essa tem sido uma tendência de longo prazo. Nos EUA, essas drogas foram prescritas com muito mais frequência para as mulheres, pois, de fato, todos os remédios desesperados com os quais comecei esta palestra foram prescritos com muito mais frequência para mulheres. Entre as mulheres de meia-idade, cerca de um quinto da população está, atualmente, tomando antidepressivos; e entre as mulheres a partir de 65 anos, isso sobe para quase um quarto.

Bastante notável, porque quando você olha para os estudos que foram feitos usando um controle duplo-cego das drogas, esses antidepressivos sempre mostram virtualmente, um aumento nas estatísticas de eficácia em relação ao placebo. Eles funcionam um pouco melhor, mas embora isso seja estatisticamente significativo, clinicamente falando, a diferença que essas drogas produzem em média, há uma grande variação e é importante reconhecer isso. Mas, em média, a diferença é muito pequena e

tem diminuído ao longo do tempo, e não está claro se clinicamente esses medicamentos, são muito úteis para a maioria dos pacientes. Além do mais, seus efeitos colaterais podem ser bastante graves. Para os jovens, agora existem avisos em caixa preta, dizendo que os antidepressivos podem produzir ideias suicidas intensificadas e até mesmo ações suicidas. Às vezes, para outras pessoas, eles têm vários efeitos físicos infelizes, incluindo a perda da libido, a incapacidade de atingir o orgasmo, a perda da atividade sexual entre os pacientes. Também são muito difíceis de se interromper. Os pacientes muitas vezes descobrem, uma vez que começaram a tomá-los, que interrompê-los é um processo extremamente complicado ou realmente impossível, então eles ficam presos em continuar a tomar essas drogas.

Não quero soar ou proclamar que antipsicóticos e antidepressivos não foram, para alguns pacientes, um avanço significativo e, às vezes, úteis. Mas, é importante reconhecer como esses remédios são limitados e, de muitas maneiras, muito duvidosos para muitos dos pacientes aos quais eles são prescritos. E ainda assim, eles se tornaram a âncora da psiquiatria moderna. Assim, também, o sistema de diagnóstico, que foi introduzido em 1980, persiste até o presente. O editor da quarta edição do DSM, que eu acredito que estará conosco, Allen Frances (vamos falar sobre isso mais tarde) se tornou um dos maiores críticos de toda essa abordagem. Em parte, por causa do que ele descobriu quando introduziu as mudanças que sua força-tarefa produziu quando surgiu o DSM-IV, nos anos 90. Quando uma nova versão desse manual foi considerada no início dos anos 2000, a ideia era que havia uma quantidade enorme de trabalho feito na neurociência dos transtornos mentais. E também, o genoma humano que estava perdido, é elaborado em 2003. Juntamente com o PCR, a noção era que, agora, descobriríamos as raízes genéticas dos principais transtornos mentais. Então, a neurociência e a genética permitiriam um sistema de diagnóstico completamente transformado, que deixaria de usar os sintomas, da maneira como os médicos do século XVIII diagnosticavam todos os tipos de doença e, em vez disso, olharia para a patologia subjacente da doença mental. As pessoas que dirigiram esse processo estavam convencidas de que revolucionariam a maneira pela qual a doença mental era conceituada, diagnosticada e, finalmente, tratada.

Mas, na realidade, todo o dinheiro que foi investido em neurociência e em genética não produziu nada ou essencialmente nada de valor para o tratamento dos transtornos mentais. Quando Thomas R. Insel deixou o cargo de chefe do NIMH, em 2015, ele deu

uma entrevista, e recentemente repetiu esta afirmação em seu livro chamado “*Healing*”, ele disse: “olha, eu administro essa instituição há 13 anos, eu financiei essa ciência muito legal e cientistas muito legais trabalhando em genética e neurociência”, e ele continua “eu gastei cerca de 20 bilhões de dólares” e segue: “a pontuação, em termos de melhoria no estado dos transtornos mentais, foi zero. Nada, nada disso ajudou. Se você olhar para as taxas de suicídio, se você olhar para a expectativa de vida, se você olhar em várias medidas, as coisas não melhoraram”. Os medicamentos não melhoraram, outras intervenções não foram desenvolvidas e, de fato, a indústria farmacêutica está abandonando a busca por novos medicamentos para tratar doenças. Eles decidiram que eles não têm novos caminhos promissores de pesquisa, esse é um problema muito difícil de lidar, eles ganharam bilhões e bilhões de dólares, e estão encerrando suas pesquisas. Portanto, essa não é uma imagem particularmente promissora.

Eu receio que não toquei no assunto, que é outra coisa que marca esses anos. Vou abordar isso muito rapidamente, porque tenho consciência de que estou falando há muito tempo. Como enfatizei no início dessa palestra, os transtornos mentais graves, no século XIX e no século XX, depois de meados do século XX, foram tratadas trancando pacientes em grandes instituições, frequentemente milhares de pessoas em uma única instituição. Mas uma das outras coisas impressionantes do desenvolvimento desde meados da década de 1950, foi, inicialmente, o lento declínio nas populações de hospitais psiquiátricos e, a partir da década de 1960, uma rápida aceleração nele. A mudança no locus do tratamento e a geografia da loucura, se preferir, das enfermarias dos hospitais psiquiátricos, para o que foi ridiculamente chamado de “*Community Care*”, o eufemismo orwelliano, já que não havia comunidade e virtualmente nenhum cuidado. Esse processo foi conduzido por um consenso ideológico, de que o hospital psiquiátrico era um desastre antiterapêutico, mas também foi levado à direita, na parte conservadora do espectro político, pela magnitude absoluta dos custos dos hospitais psiquiátricos. O Estado de Nova York, por exemplo, gastou um terço de seu orçamento, em 1950, em hospitais psiquiátricos. Então, podemos ver o esvaziamento dos hospitais psiquiátricos como um processo conduzido para rebaixar o hospital psiquiátrico, e havia muito o que rebaixar. Mas também, por uma necessidade fiscal de se afastar da institucionalização de alto custo. E, em vez disso, eu considero que criamos um pesadelo.

O asilo, quando foi construído no início do século XIX, iria resgatar os pacientes psiquiátricos dos viciados, dos chiqueiros, das prisões e colocá-los em uma instituição terapêutica. Não foi bem o que aconteceu, mas essa era a intenção. Se você olhar para os Estados Unidos contemporâneos e perguntar onde estão os principais lugares nos quais pessoas com transtornos mentais graves são tratadas, é na Cadeia do Condado de Los Angeles, na Cadeia do Condado de Cook, em Chicago, e em Rikers Island, em Nova York. E as pessoas com transtornos mentais graves circulam entre as *Flop Houses* (hospedagem de baixo custo), as sarjetas e as prisões, em encontros periódicos com psiquiatras, para drogas que, muitas vezes, não conseguem continuar a tomar. A expectativa de vida média de alguém com transtorno mental grave, no presente, é de 15 a 25 anos a menos do que a expectativa de vida do resto de nós. Essa lacuna está crescendo, não está diminuindo. Então, eu sugiro que a psiquiatria esteja em um estado um tanto... [Parte sem som...] e talvez devêssemos conversar, talvez possamos conversar mais tarde.

Estarei interessado em conversar com Allen Frances sobre a situação da crise contemporânea. Então, acho que vou parar por aí e tirar qualquer dúvida que possa vir de qualquer um de vocês.

FERNANDO FREITAS (LAPS/ENSP/Fiocruz)

Muito obrigado, Andrew, nós vamos ter o debate depois da Sarah Fay. Bom, Sarah é um prazer ter você aqui conosco. A Sarah Fay é uma escritora estadunidense, cujos ensaios e artigos foram publicados em diversos jornais, entre eles o New York Times.

Trazer a experiência de usuários ou sobreviventes da psiquiatria é um importante exemplo do que a psiquiatria é capaz de fazer com as pessoas que são diagnosticadas, podemos ver isso no livro que Sarah escreveu: *Pathological: The True Story of Six Misdiagnoses*, que foi publicada agora em março. Sarah Fay também é fundadora da *Pathological Movement* que é uma campanha de contestação pública dedicada à conscientização das pessoas. Por favor Sarah, a palavra é sua.

SARAH FAY (Escritora e Ativista)⁵

Oi! Quero dizer que espero que meus gatos não corram por aí, tenho certeza que a única cura para o transtorno mental são os gatos, tenho muita certeza.

Eu quero agradecer ao Bob e Fernando por me receberem, e quero agradecer a todos vocês por estarem aqui. É uma conversa importante que teremos hoje. Estou aqui, realmente, em nome de todas as pessoas com transtornos mentais que se recuperaram, então pessoas com essa experiência realmente precisam estar em conferências como essa. Isso é tão importante. Precisamos estar em todos os lugares e estamos chegando lá. Eu tenho um panorama um pouco mais otimista do que o do Andrew, mas adorei o livro dele, o que provavelmente diz algo sobre meu estado. Eu comprei e tive uma ótima leitura.

Eu escrevi um livro chamado “*Pathological: the true story of the six misdiagnosis*”. Vou falar hoje sobre os 25 anos que passei vivendo com um transtorno mental, o que é metade da minha vida, e o que isso me ensinou sobre autoestigma e como erradicá-lo.

Esse era o guarda-chuva sob o qual eu vivia, eu realmente não sabia, na época, quantos diagnósticos e todas as siglas que vinham com isso e, sabe, eu realmente me identifiquei com as siglas e não com o guarda-chuva do transtorno mental, naquela época. Então, se você tivesse me pedido, entre os meus 12 e 47 anos, para responder a essas perguntas – e eu convido vocês a respondê-las também –, isso é o que eu teria dito: então, “os diagnósticos psiquiátricos devem ser usados pelos pacientes para dar sentido às suas vidas mentais e emocionais”. Eu diria: “verdade”, e foi o que eu fiz. “Qualquer clínico ou profissional de saúde mental é qualificado para dar um diagnóstico”.

Absolutamente. Eu recebi cinco dos meus seis diagnósticos do meu clínico geral em visitas anuais após 15 minutos. “Os transtornos mentais são causados por um desequilíbrio químico” – absolutamente. Eu acreditava que, juntamente com 80% do

⁵ Sarah Fay é escritora e ativista. Seu livro de memórias *Pathological: A True Story of Six Misdiagnoses* (HarperCollins, 15 de março de 2022) é sobre sua história, Sarah recebeu seis diagnósticos psiquiátricos diferentes, mas também, uma exposição jornalística do DSM. Ela é a fundadora do *Pathological: The Movement*, uma campanha de conscientização pública dedicada a conscientizar as pessoas sobre os perigos de se identificar com um transtorno mental não comprovado cientificamente.

público americano, que ainda acredita. “Não é possível se recuperar totalmente de um diagnóstico psiquiátrico” – eu não apenas acreditava nisso, como isso era dito por cada um dos meus médicos, que inclui os médicos com quem me encontrei quando eu estava entrando e saindo de programas de internação parcial e programas ambulatoriais intensivos, terapeutas, novamente, clínicos gerais, psiquiatras, não era apenas o psiquiatra, e eu quero reforçar isso. “O autoestigma para aqueles com diagnósticos de saúde mental vem, principalmente, da maneira como eles são tratados e considerados pelos outros” – eu não experienciei um estigma manifesto, tenho certeza, a maior parte do meu estigma foi um autoestigma. Eu não contei a ninguém nenhum dos meus diagnósticos, eu até escondi da minha família, eu principalmente me afastei e me isolei ao longo desses anos.

A verdade que eu gostaria de ter ouvido é que os diagnósticos psiquiátricos são feitos para os médicos se comunicarem entre eles, que realmente foram inventados ou usados para os médicos nos tratarem melhor, tão deficientes como tem sido, e nos fornece o melhor tratamento que eles podem imaginar. Os psiquiatras são os médicos que têm mais treinamento em diagnóstico psiquiátrico. A teoria do desequilíbrio químico provou ser cientificamente sem sentido. E que era uma teoria, para começar. Era uma hipótese, e eu não sabia. É possível se recuperar totalmente de todos os diagnósticos psiquiátricos, é possível.

O autoestigma geralmente surge mesmo que a pessoa nunca seja abertamente discriminada. 46% dos adultos americanos e 20% das crianças e adolescentes receberão um diagnóstico psiquiátrico em suas vidas. Eu gostaria de ter a estatística para o Brasil, eu não tenho. Mas tenhamos isso em mente, é metade de todos os americanos, é uma em cada cinco crianças. Penso nisso sempre que passo por um parquinho. E eles recebem um diagnóstico do qual a maioria dos americanos não sabe nada sobre. Essa sou eu quando tinha 12 anos e recebi meu primeiro diagnóstico. O que eu vou fazer é apenas guiá-los pela minha vida muito rapidamente, como era estar do outro lado do DSM.

Tive muita sorte do Bob me receber no Mad in America, o podcast, com Allan Horwitz. O que ele fez de tão brilhante foi fazer com que Allan realmente montasse a história do DSM e então eu falasse sobre como era estar do outro lado dele e receber esses diagnósticos sem saber nada sobre eles.

Então, eu tenho 12 anos, como vocês podem ver, minhas clavículas estão salientes e me disseram que tenho anorexia. Exceto que não me disseram isso, falaram: “você é anoréxica”. Disseram-me: “você é uma anoréxica”. O que aconteceu? Eu acreditei. “Eu sou uma anoréxica. Eu sou anoréxica. Eu nunca vou melhorar. E vou morrer disso”. Minha mãe foi informada de que eu provavelmente morreria de efeitos colaterais da anorexia, como bradicardia. Disseram-me que nunca me recuperaria, que sempre lutaria contra um distúrbio alimentar, pelo resto da minha vida.

Os diagnósticos que vieram depois disso: nos meus 20 anos, disseram-me que eu tinha transtorno de ansiedade generalizada; depois disso, me disseram que eu tinha um transtorno depressivo maior; e nos meus 30 anos, disseram-me que não, na verdade é TOC – transtorno obsessivo-compulsivo, quando isso não colou, disseram-me que, na verdade, era transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Então, recebi o diagnóstico misto de TOC e TDAH com elementos ansiosos e depressivos. Finalmente, quando fiz minha primeira visita ao hospital disseram-me que eu tinha transtorno bipolar, recebi bipolar 2, que é o diagnóstico de porta de entrada para bipolar 1, que é onde acabei. Portanto, basicamente, eu vi toda a minha vida através de uma lente de diagnóstico. Eu era um diagnóstico e todas as limitações que acompanham isso. Quero dizer, quando você pensa sobre isso, quando olhamos para o DSM e todos os sintomas subjacentes, são apenas limitações de vida, é basicamente o que são. Em nenhum momento nos é dada qualquer esperança com o DSM, em nenhum momento nos disseram “sim, você poderia se recuperar, isso pode ser possível”. Então eu passei a vida inteira em tratamento sem menção de recuperação.

Portanto, o que é autoestigma? Isso reduz a autoestima e a autoeficácia. Quero dizer, nós pensamos nisso como autoestima reduzida, mas essa não é realmente a parte principal. A parte principal é que eu me via como inadequada e incapaz de viver uma “vida normal”, o que significa apenas que eu joguei inadequações em mim mesma. E o que é interessante é que essas inadequações foram apoiadas por meu psiquiatra. Então, quando recebi meu diagnóstico de bipolar, disseram-me que, provavelmente, morreria entre 10 a 25 anos antes, disseram-me que eu nunca aguentaria um emprego em tempo integral (e, de fato, quase pedi invalidez), disseram-me que nunca teria um relacionamento de longo prazo. Isso era, de novo, o que eu tinha que esperar.

Eu me vi suicida por 5 anos, e isso era puramente o resultado do autoestigma que eu estava carregando. Então, o autoestigma é quando você, basicamente, se apega a um estereótipo, você concorda com ele e o aplica a si mesmo e, quando pensamos sobre isso, no minuto em que uma pessoa recebe um diagnóstico, você recebe o estereótipo que vai junto com o diagnóstico e os estereótipos são sintomas. Então, você concorda com ou recusa o seu diagnóstico, mas se você concorda com isso, você, portanto, aplica-o a si mesmo. Devo dizer novamente, essa é apenas minha experiência, e para algumas pessoas, acontece disso ser um grande alívio. Não foi o meu caso, isso me causou confusão, tormento e dificuldade. E quase acabou com minha vida.

Diz-se que o modelo biomédico proporciona alívio e elimina a auto culpa. Mas, na verdade, foi comprovado e demonstrado que aumenta o estigma, provoca sentimentos de vergonha, pessimismo, negatividade e desesperança em relação ao futuro e impede as pessoas de melhorarem. Estou convencida de que, se quisermos diminuir a taxa de suicídio, temos que parar de fazer as pessoas acreditarem ou deixá-las acreditar que um diagnóstico psiquiátrico é vitalício. Então, o autoestigma, como eu disse, é um diagnóstico do DSM. Desde então, eu me recuperei, o que é um milagre. Eu penso que o universo ou qualquer outra coisa me ajudou todas as manhãs, eu não posso acreditar que aconteceu, foi um caminho muito, muito longo. Mas o que eu aprendi desde a recuperação e de me tornar uma especialista em saúde mental certificada em recuperação de pares em saúde mental, e agora eu ajudo outras pessoas em sua jornada para se recuperar. É isso que nos impede de nos recuperarmos, e por que um diagnóstico DSM é tão instrumental, não, é que um diagnóstico, como eu disse, limita a vida, é autodestrutivo, você não tem nenhuma autonomia. Um médico apenas dá a você, geralmente não há conversa – não houve para mim, devo dizer –, mas essa não é a realidade de todos psiquiatras, espero eu. Não houve autodeterminação em nenhum momento da minha recuperação, sabe, eu meio que não recebi qualquer opção de como eu queria que minha recuperação fosse, como eu queria que meu tratamento fosse, apenas foi dado a mim por um médico. E eu nunca tive nenhuma esperança.

Minha vida mudou com três simples palavras: eu não sei. Era inverno em Chicago, brutalmente frio, nós passamos por um vórtice polar e eu era suicida. Eu briguei com meu psiquiatra, que também era meu terapeuta, o que é uma péssima ideia – caso alguém esteja pensando em fazer isso –, você não tem ninguém com quem falar sobre seu terapeuta e

você não tem ninguém com quem falar sobre seu psiquiatra. Eu comecei, sabe, a realmente responder a ele de uma forma que ele não apreciou, que foi quando eu deixei de ser tão passiva e perguntei-lhe se podia vê-lo apenas para psiquiatria, apenas para medicação, e não terapia, para que eu pudesse ter a outra visão de alguém, e ele disse que não e que não iria repor as minhas prescrições naquele momento. Então eu estava, novamente, suicida – minha irmã e minha família são, definitivamente, os heróis da minha história, minha irmã veio, ela encontrou um psiquiatra e eu fui vê-lo. E eu nunca tinha me encontrado com ele antes, era a consulta usual de 30 minutos ou 27 minutos, e eu esperei, no fim da nossa reunião, ele proclamar outro diagnóstico ou retificar o diagnóstico bipolar, e no final ele olhou para mim e disse: “não sei o que você tem”. E meu mundo mudou. Lembro-me de sair do prédio comercial e a avenida Chicago parecia diferente. O céu parecia diferente, as árvores pareciam diferentes, a calçada fria rachada parecia diferente, era mais dura, mas era mais vívida. Era como se alguém finalmente tivesse me contado a verdade, que é que eles não sabem.

O que eu fiz foi embarcar em uma jornada de pesquisa que duraria quatro anos, onde decidi aprender tudo o que pudesse sobre diagnósticos de saúde mental, conheci o DSM, agora conheço termos como escores Kappa, sabe? Coisas que nenhum leigo provavelmente deveria saber, e o que aprendi, como Andrew disse, é que os diagnósticos do DSM são cientificamente inválidos e pouco confiáveis, e para alguém que viveu sua vida por diagnósticos, que se definiu como um diagnóstico por 25 anos, isso foi tão desestabilizador. E ao divulgar meu livro, que narra aqueles 25 anos, percebi como ouvi das pessoas o quão desestabilizador são as informações em meu livro, é em parte um livro de memórias, mas também em parte uma investigação jornalística sobre o DSM, o que eu queria fazer era dar às pessoas todas as informações que elas precisam sobre diagnósticos para serem empoderadas em seus tratamentos e em sua saúde mental.

Então foi um momento muito difícil, não vou dizer que foi um alívio, foi “como eu vou ficar bem?” Eu ainda não estava bem, porque, embora os diagnósticos do DSM não sejam confiáveis e inválidos, a doença mental é muito real, sabemos disso. Mania é real, é depressão real, ansiedade é real, obsessões são reais, ruminções são reais, compulsões são reais. Os “sintomas” também fazem parte da experiência humana, e isso é muito real e eu sabia que nunca escaparia, porque tentei por 25 anos. E não apenas por meio de remédios, devo dizer que não tomei remédios até os 30 anos, o que é muito tarde,

mas no momento em que tomei um, estava sendo colocada muito rapidamente em uma decolagem, eventualmente, eu estava tomando cinco medicamentos, antipsicóticos, antidepressivos, todos eles, então a ladeira escorregadia da medicação e, quando penso agora, penso muito em “como poderia ter me estabilizado quando eles estavam mudando meus medicamentos o tempo todo?”, mas isso é uma conversa diferente. O que eu descobri que era mais destrutivo, é que o DSM é uma obra de cultura, não importa qual seja a intenção da psiquiatria, mas quando o DSM-III foi lançado em 1980, ele se tornou um best-seller. Atingiu pessoas além da psiquiatria e agora está nos vídeos do *Tik Tok*, temos terapeutas do *Tik Tok* e adolescentes se diagnosticando, e certamente, quando recebi meu primeiro diagnóstico, não sabia o que significava anorexia. Era uma palavra completamente estrangeira, meus pais tinham ouvido falar, mas também não sabiam, então aprendi como ser anoréxica, principalmente por estar em hospitais e receber tratamento com outros anoréxicos. Eventualmente, a mesma coisa aconteceu para transtorno de ansiedade generalizada, transtorno depressivo maior e, certamente, transtorno bipolar. Eles estavam em todos os lugares ao nosso redor, e isso é, principalmente, o que eu vejo como um grande problema que a psiquiatria não pode consertar. A caixa de Pandora está aberta. E isso não é projetado para promover a recuperação, esse também é o real problema. Nunca me disseram “vamos olhar os seus sintomas, vamos olhar para sua visão de recuperação e vamos ver o que podemos fazer”. Eu também não acredito nos sintomas deles, eu acredito agora que eles são parte da experiência humana.

O que aconteceu foi que eu acabei em um buraco a minha vida toda e não tive ninguém para me ajudar a sair desse buraco. Então, sem um diagnóstico, fiquei com a minha vida mental e emocional e falei sobre recuperação. Essa era eu tentando, sabe. Imagine eu aos 12 anos, tentando lidar com minha vida mental e emocional – eu não poderia ter feito isso sem ajuda, e mesmo como adulta, eu não poderia ter feito isso. Mas como tudo mudou? Google, “#lifeatgoogle”. Então, o mesmo psiquiatra, que ainda é meu psiquiatra hoje, que está no livro, que está bem em relação a estar no livro, ele não era meu salvador, eu me salvei e minha família me ajudou no caminho. Mas ele, definitivamente, foi transparente comigo. E desde que escrevi meu livro, ele e eu conversamos sobre o DSM, ele é muito real sobre isso.

Um dia, a propósito de nada, eu estava em um dos meus rápidos check-ins de medicação de 30 minutos, e ainda não estava realmente bem. A pesquisa que fiz sobre o DSM e diagnósticos de saúde mental – porque eu tenho um PhD em inglês e sou uma *geek* de pesquisa – realmente era um tipo de válvula de escape. De toda forma, um dia, durante nossa sessão, ele falou sobre uma paciente dele que possuía transtorno esquizoafetivo. Contou a história da família do paciente, que foi até ele e não gostavam do que ele fez. Foram para o Hospital Geral de Massachusetts. Eram uma família de litigantes, uma família muito rica em Chicago, e ele não queria atravessar o caminho deles. Mas o que ele disse, na época, foi que ela se recuperou totalmente e parou de tomar todos os medicamentos, agora era uma executiva do Google. E pensei: “Recuperou-se? Do que você está falando? Como você se recupera de um transtorno mental? Como poderia se recuperar de um transtorno esquizoafetivo? Isso é impossível”, e eu acabei aprendendo sobre recuperação comigo mesma. Eu não queria contar a ele, porque estava com tanto medo dele me dizer que não era possível, como todo mundo fez. Eu, realmente, acabei fazendo o que, agora, eu sei que a comunidade de recuperação nos dá, sem saber que existia algo como uma comunidade de recuperação. Só descobri isso depois de me recuperar, e não sei se minha recuperação teria sido mais fácil, mas eu não teria ficado tão sozinha.

Meu novo livro se chama, na verdade, *The recovery movement*, não é apenas minha jornada de recuperação, mas tudo o que aprendi sobre o movimento de recuperação contemporâneo. Particularmente, é no que eu foquei. Mas desde a década de 1970, as pessoas tentando nos dizer “sim, você pode se recuperar”, nosso próprio governo tem um Escritório de Recuperação, SAMHSA. O governo dos EUA não está lá e há tantos motivos que eu cito: indústria farmacêutica, o modelo biomédico – definitivamente vai contra isso –, o modelo de recuperação, que não é adotado por esses motivos e também realmente prejudica a estrutura patriarcal do tratamento dos transtornos mentais.

O paciente é passivo, o psiquiatra está no comando, mas o que a recuperação exigia é autodeterminação. E então, eu tive que encontrar meu caminho e segui todos os caminhos errados, presumi que para me recuperar, para ser uma executiva do Google, teria que parar de tomar meus remédios, claro. E foi um desastre. Eu sou, como Andrew mencionou, uma das pessoas que tomou antidepressivos e estabilizadores de humor por 15 anos, tentei me livrar deles várias vezes e quase morri. E nunca mais tentarei de novo.

Não deveria dizer nunca, mas agora eu não tenho vontade de tentar novamente, e é claro que foi outra desistência. O que aprendi mais tarde é que deixar de usar medicamentos não é, necessariamente, uma parte da recuperação, e isso me surpreende.

Patricia Deegan, que é simplesmente uma figura instrumental no movimento de recuperação, criou um programa chamado “medicina pessoal”, no qual sou certificada. E o que acontece nesse projeto é que trabalhamos com pessoas para criar um sistema completo de medicina pessoal. O meu inclui gatos, o meu inclui caminhar e o meu inclui drogas psicotrópicas. É assim que tem que ser por enquanto, e não há qualquer vergonha nisso. Eu também pensei que, para me recuperar, eu tinha que estar em um relacionamento romântico. Graças a Deus, isso é incorreto. E isso não era realmente algo que eu valorizava na minha vida, eu nunca quis ter filhos, nunca quis me casar e eu tive que aprender muito sobre como a recuperação seria para mim e tive que restringir o que eu queria da minha vida, que e é ensinar, é escrever, são meus gatos, é minha família. Eu não sou uma amiga muito boa, apenas não está no meu top 1 entre as melhores coisas que eu quero na minha vida, como uma pessoa recuperada. Então, eu me recuperei sozinha e em segredo, eu nem contei para minha família, e eu não sabia que a recuperação também é autonomia, que somos capazes de nos dirigirmos, não precisamos ouvir apenas da comunidade médica.

Autodeterminação, como mencionei, é criar seu próprio caminho para a recuperação; como será o seu tratamento, como será a recuperação para você – é pessoal. Quero dizer, parte do motivo que as estatísticas de recuperação são tão maravilhosas (aliás, muito melhores do eu pensei) – mais uma razão pela qual eu acho que elas não são divulgadas – é por causa das razões que já mencionei: a indústria farmacêutica, o modelo biomédico e a oposição à estrutura patriarcal da psiquiatria, mas também porque realmente, é difícil de medir, como Larry Davidson, de Yale, fala: como você mede a recuperação de alguém, quando nem sabemos o diagnóstico que eles têm? Isso vai ser pessoal para cada pessoa. E o que é fenomenal sobre a recuperação e o movimento de recuperação, para mim, é que dá individualidade às pessoas, e diz que cultura importa, diz que religião importa, que raça importa, gênero importa, e isso vai definir quem você é, a sua sexualidade, tudo. E nos dá esperança.

O que aprendi é que o autoestigma é realmente um diagnóstico agora, da maneira como está configurado. Aliás, o “*Saving Normal*”, de Allen Frances, foi fundamental na

minha recuperação, assim como os livros de Bob. Então, eu realmente admiro o que ele fez ao se posicionar contra isso, mas eu acho que, independentemente, mesmo que consertássemos tudo agora, está por aí na cultura e, realmente, existem jovens – eu ensino em uma universidade, na Northwestern – e o número de alunos que tenho com recomendações, com diagnósticos de saúde mental é chocante. Eu diria que é cerca de um terço a metade da classe. Como mencionado, sabe, nós temos 20% das crianças e adolescentes que vão receber diagnóstico, e essa estatística pode subir. Desde 2016, o número de adolescentes e crianças recebendo diagnósticos de ansiedade e diagnósticos de depressão aumentou quase 30%. E então, o que eu aprendi também, que eu não sabia, é que ter meu mundo abalado e ouvir “eu não sei” e aprender que esses diagnósticos do DSM são tão falhos, realmente, me ajudou a dar um passo crítico na minha recuperação, superando o diagnóstico. Quando você está no estágio limitante da vida, quando está no estágio sem esperança, você está vivendo no diagnóstico, e eu fui basicamente empurrada para fora do meu diagnóstico, mas o que acontece na recuperação, que eu aprendi e o que especialistas de suporte entre pares, aqueles que ajudam outras pessoas que estão se recuperando, é tentar fazer com que vejam como seria a vida depois do diagnóstico.

O que 25 anos vivendo com transtorno mental me ensinaram sobre o autoestigma? Que realmente vem de forma negativa, o excesso de identificação com o diagnóstico do DSM. Eu sei que a comunidade do autismo pode ser bem empoderada por esse diagnóstico, portanto, eu não quero dizer que isso seja verdadeiro para todos. Como eu disse, eu tenho amigos que dizem que receber um diagnóstico os ajudou. Diagnósticos podem nos impedir de nos recuperarmos, e eu direi que as pessoas que eu conheço, elas não se recuperaram de seus diagnósticos, essas que encontram alívio e poder nisso. E não quero dizer que isso é errado, apenas diferente. A recuperação está indo além do diagnóstico e vendo um futuro, mas além dele e, a partir disso, vivendo nesse futuro

Como podemos, finalmente, dar às pessoas a recuperação, depois de quase meio século de tentativas (poderíamos dizer, na verdade, três séculos)? Como Larry Davidson e seus colegas, em seu ótimo livro – que agora estou esquecendo o nome, de “*Recovery*” no título – é uma visão histórica da recuperação, e é muito bem-feita, mas fala sobre como na França do século XVIII havia, de fato, recuperação no Hospital Bicêtre, em Paris. E o que Jean- Baptiste Pussin fez, basicamente, ele disse: “sim, vamos desacorrentar aqueles com doença mental, vamos tirá-los dessas correntes, vamos tratá-los bem, vamos colocá-

los em um ambiente onde possam se recuperar”. E então, depois, pacientes se recuperarem, ele os trazia de volta, e esses pacientes trabalhavam no hospital e ajudavam outros a se recuperarem – isso é suporte de pares. Isso é o que muitas pessoas, certamente, em Chicago e outras cidades maiores, estão fazendo. Há especialistas em suporte de pares na prisão de Cook County, em salas de emergência. Eu não posso dizer como teria sido para mim, ir para a sala de emergência e, em vez de esperar sozinha por sete horas, ficar com um segurança me vigiando para garantir que eu não fosse embora. Eu ter conhecido alguém que disse “eu estive onde você está, eu entendo, você vai ficar bem, vamos superar isso”, teria sido surpreendente, teria sido uma vida diferente. Então, o suporte de pares, eu realmente sinto, é o futuro para o transtorno mental, outros concordam, graças a Deus, pois, mencionei Larry Davidson, em Yale, Patricia Deegan, Dan Fisher, entre outros do movimento de recuperação. Felizmente, Thomas R. Insel também falou sobre isso no seu recente livro, ele e eu aparecemos em podcasts e conversamos sobre isso e o quão importante, se quisermos levar as pessoas à recuperação, é o suporte de pares.

Uma coisa de que falo no meu novo livro, é do quão importante foi o ambiente. Eu sou incrivelmente privilegiada, tive uma família e tenho uma casa. Não consigo imaginar como é se recuperar sem uma casa, e as pessoas com quem fui treinada e os outros especialistas de suporte de pares, agora, as suas histórias, é incrível que tenham podido curar o trauma pelo qual passaram em lares adotivos, e depois, vivendo sem casa e nas ruas. Fiquei impressionada com o fato de alguém poder se curar e recuperar com essa experiência. Penso que é realmente uma injustiça para as pessoas dizer-lhes que não podem se recuperar, quando o fazemos em ambientes tão hediondos. Nós os colocamos em instituições, claro que não podem se curar, como Andrew descreveu tão bem no seu livro. Nesse momento, estamos deixando-os nas ruas, estamos colocando-os nas cadeias, como é que pode recuperar lá? E isso é outra coisa, embora o suporte de pares faça bastante coisa, acho que precisamos olhar para as desigualdades econômicas e sociais que acompanham a não recuperação. Há um maravilhoso tipo de adágio ou fábula, que está na comunidade de recuperação e na comunidade de suporte de pares: alguém com transtorno mental cai em um buraco, alguém passa, olha para baixo e vê a pessoa com transtorno mental e diz: “você realmente não deveria ter caído aí embaixo”. A pessoa está gritando por ajuda, mas essa pessoa se afasta. Finalmente, a pessoa com transtorno mental continua a gritar por ajuda, e outra pessoa passa por lá, olha para baixo e vê a pessoa com transtorno mental lá embaixo e diz: “sabe, eu realmente deveria ir buscar ajuda”, e se

afasta. Por fim, a pessoa com transtorno mental ainda está gritando por ajuda, e um especialista em suporte de pares passa, olhando para baixo, pula para dentro do buraco, e a pessoa com transtorno mental diz: “o que você fez? Agora estamos ambos presos aqui embaixo”, mas o especialista em recuperação de pares diz “sim, mas eu já estive aqui antes e sei como sair”.

Então, muito obrigada, espero ter tomado tempo suficiente, podemos falar mais, porém, espero que isso tenha alcançado as pessoas e tenha lhes dado a noção do quão importante é não parar de falar sobre diagnósticos, pois eles estão em todo lugar na mídia, e a recuperação, não. E isso me entristece mais do que eu consigo dizer e eu quero muito trazer para as pessoas a recuperação e o suporte de pares. Meu treinamento como especialista de suporte de pares tem sido fenomenal, eu costumava me preocupar sobre ficar doente de novo, na verdade, eu me preocupei ontem à noite, para falar a verdade. Há certas coisas na minha vida que ainda estou fazendo pela primeira vez, que foram muito difíceis para mim, uma é viajar. Então, estaria viajando, esse fim de semana, para uma conferência de escritores: o “*The Texas Book Festival*”, mas eu não viajei, e pensei: “vou ficar doente de novo”. Porém, a única coisa que me faz continuar e a razão pela qual eu sei que isso nunca acontecerá é que eu nunca mais posso me identificar com um diagnóstico de novo. É simplesmente impossível, eu só sei que eles não são válidos, não são essas estruturas de concreto para viver. Então, é claro que eu ainda tenho depressão, ainda tenho ansiedade paralisante, não vou querer voar, não vou querer estar longe dos meus gatos, e isso é parte da experiência humana. Eu sei que vou ficar bem, porque me tornar uma especialista em suporte de pares faz parte da minha recuperação. Ser capaz de ajudar os outros é meu propósito agora, meus livros são meu propósito, trazer a recuperação, espero que para todos. E nem todos se recuperam, obviamente. Eu tive um transtorno mental grave, mas entendo que nem todos se recuperarão, pela forma como o sistema está configurado nesse momento, o que significa que as pessoas não terão a autonomia de que precisam, a autodeterminação de que precisam e a esperança de que precisam. E não só isso, mas se não estamos lhes dando lugares para se recuperarem, como podemos esperar que elas se recuperem?

Havia um estudo que olhava, não para pessoas com doenças mentais, mas para pessoas em hospitais, e aquelas que encaravam uma janela com uma árvore do lado de fora se recuperavam mais rapidamente do que aquelas que encaravam uma parede de

tijolos. E, sabe, é uma metáfora, mas em meu livro, o primeiro apartamento que não pude viver independentemente por cinco anos, foi quando eu estava na casa dos 40 e vivia com minha mãe (eu tive tanta sorte de tê-la) e quando eu me mudei pela primeira vez para um apartamento meu, foi esse pequeno apartamento em que eu olhava para uma parede de tijolo. E foi uma metáfora de como eu estava vivendo e pensando em mim mesmo, eu não conseguia ver além da parede de tijolos, porque não havia nada além dela, até onde eu sabia. E enquanto eu estava me recuperando, e isso está em meu novo livro, eu percebi que havia uma lasca na parede de tijolos, que era um pouco difícil de descrever, mas na verdade, era apenas uma divisória no telhado do meu prédio, que tinha dois níveis, e eu podia ver parte da linha do horizonte de Chicago, e eu pensei “há um futuro, há um mundo lá fora”, finalmente, conseguia ver isso.

Eu, também, deveria falar sobre as famílias, que são tão importantes. Elas têm as maiores dificuldades, eu realmente acredito nisso, minha própria família passou por um momento muito difícil (eu falo sobre isso no meu novo livro). Quando eu me mudei da casa da minha mãe, ela estava realmente quebrada. Eu acreditava que eu estava quebrada, mas foi demais para ela ficar em observação de alguém suicida por cinco anos, ter essa responsabilidade. Agora que eu trabalho na *Living Room*, na *thresholds* de Chicago – é a organização mais incrível, se você tiver bilhões de dólares, por favor, dê a eles – eles estão por aqui desde 1959, fazendo os Centros Comunitários de Saúde Mental deles, fazendo o que os Centros Comunitários de Saúde deveriam fazer depois da desinstitucionalização. Eles passam por Wacker Drive, em Chicago, onde há uma grande população de pessoas desabrigadas, eles comparecem com médicos, com psiquiatras, com remédios, com terapeutas, com especialistas de suporte entre pares, e eles enviaram por toda Chicago. Mas a *Living Room*, que está por todo o país, é o modelo de uma alternativa às salas de emergência. As pessoas com psicose e ideação suicida vêm até nós – é um ambiente encantador, o nosso, é apenas uma sala, e eles podem vir para nós – somos treinados para ajudá-los para que não sejam colocados em instituições, ou então, que sejam hospitalizados naquele momento. O que eu aprendi, é que no momento em que você vai a uma sala de emergência, e você diz que é suicida, eles não podem deixá-lo ir, e é por isso, que você é vigiada por um segurança. Eu não tinha ideia, e é claro, muito poucas pessoas sabem como será no hospital. Portanto, ter *Living Rooms* em todo o país, eu acho que vai oferecer às pessoas alternativas para quando elas estão em sofrimento emocional e psíquico, para irem a algum lugar onde elas possam encontrar um especialista

de suporte de pares como eu, que pode dizer “eu não sei exatamente o que você está passando, mas eu já estive onde você está”. A maior parte do que nós fazemos é que a gente nunca dá conselhos, nós apenas ouvimos e, às vezes, nós repetimos de volta a elas para que elas possam se ouvir, tentamos orientá-las para as opções que, por exemplo, se alguém entrou, as pessoas vão chegar. Elas não têm que vir apenas quando estão em crise, para que possam acompanhar a cura, e isso é algo que nem sempre fazemos para as pessoas, que não fazemos, na verdade, a transição entre o hospital e a vida independente. Nós não temos ninguém acompanhando, quero dizer, eles marcam uma consulta com um psiquiatra externo, e é isso. Então, se eles estão chegando, por exemplo, se alguém vier e disser “eu quero parar com a minha medicação”, sabe, “você está sendo medicado?”, eu não daria conselhos, eu apenas diria a eles “do que você gosta na sua medicação, e do que você não gosta na sua medicação?” e os ajudaria a ver opções lá, porque alguns deles vão ser como eu, dependentes dela e não me cabe dizer a alguém que quer ajuda, o que fazer, que é o que temos em nosso atual sistema psiquiátrico e sistema de saúde mental. Meu trabalho é ajudá-los a entender o que eles querem, ajudá-los a ver o que eles querem, e não posso dizer o quanto eu gostaria que alguém tivesse feito isso por mim, minha vida teria sido diferente.

Eu acho que a recuperação é difícil para as pessoas, um aspecto que é difícil para mim, é que eu não sabia quem eu era fora de um diagnóstico. Isso levou muito tempo, como eu disse, mas mesmo agora, é um pouco difícil continuar vivendo fora desse diagnóstico e ver que “oh, eu não gosto de viajar”. É uma pena que isso me deixa meio sem graça num mundo de Instagram, onde todos estão viajando e colocando fotos. Mas, sabe, é algo a que eu tenho que me acostumar. Também tem muito a ver com chegar a termos e aprender sobre que emoções são ou que pensamentos são, por que temos os pensamentos que temos e por que eu tenho os comportamentos que tenho.

E isso foi uma curva de aprendizado muito longa e muito íngreme, certamente, mas de qualquer forma, há mais disso em meu novo livro. Muito obrigada, agradeço muito. E posso responder a perguntas, se houver alguma dúvida.

FERNANDO FREITAS (LAPS/ENSP/Fiocruz)

Sarah, muito obrigado pela sua apresentação. O seu livro é muito bom, é importante termos sempre como referência a experiência das pessoas, a experiência de vida.

Agora, então, vamos começar o debate. Vou fazer as perguntas do público, mas vou usar do meu privilégio e fazer uma pergunta para a própria Sarah. Eu achei muito interessante você falar da sua experiência de suporte de pares. Uma hora importante, muito em particular para nós aqui no Brasil, explorar mais a experiência das pessoas que trabalham com suporte de pares e que têm seu trabalho reconhecido. Então, a minha pergunta é: você fala de alguns exemplos, “nós não damos conselhos, nós escutamos, nós estamos com o outro”, e isso que você diz mostra, de alguma maneira, que é algo incomum, não apenas as experiências bem sucedidas de suporte pares, mas também outras experiências como *Soteria House*, a experiência do Diálogo aberto, que são experiências que mostram um tipo de ação, de agir diferente daquele que é usual. Usual é um agir instrumental, um agir estratégico, usando essa distinção que é feita pelo filósofo alemão Jürgen Habermas, o que é o agir instrumental e ou estratégico, e existe o agir comunicativo, busca construir consenso, não é uma imposição, não é transformar o outro em um objeto para chegar a um fim, a ter um êxito. Um discurso médico ou o discurso biomédico da psiquiatria trata como objeto a um paciente, eu tenho conhecimento sobre. Então, instrumentalmente, eu vou levar a taxa de resultados certo quanto que essas experiências não trabalham com esse tipo de agir, é um agir comunicativo, um agir de troca, não há hierarquia, busca-se consenso, construir um consenso.

A minha pergunta, então, é como que você vê isso quando o sistema de saúde, em geral, é baseado no discurso competente? Um sabe outro não sabe, um é sujeito outro é um objeto. Eu me formei, eu fiz universidade e eu sou médico, eu sou psicólogo, eu sou enfermeiro. Você não tem outro conhecimento, como é que você vê isso na prática no sistema de saúde que é baseado nesse ajuste instrumental?

Eu acho, minha hipótese, mas sobretudo no discurso competente que gera uma violência epistemológica. Você é um paciente, quem é você? Quem é você para fazer parte do escape da equipe de igual para igual? Eu sou médico. Quem é você? Desculpa foi longo.

SARAH FAY (Escritora e Ativista)

Não, você coloca de forma tão bonita e expande em tantos elementos, de mais tipos de elementos filosóficos de tudo isso. Uma coisa que meu facilitador em suporte de pares, em meu treinamento, disse – e que eu achei que foi belamente colocado – é que nós não vemos os dois modelos como separados ou que um tem que substituir o outro, mas que talvez pudéssemos nos unir. E ele disse: o modelo biomédico salvou minha vida e o modelo de recuperação me deu minha vida. Eu achei que isso foi tão bonito, eu deveria dizer que isso é, de certa forma, essa ideia de nos unirmos.

Eu vou chegar a alguns de seus outros pontos. É fácil para mim dizer, porque eu não fui coagida, eu não fui forçada a entrar em hospitalização, nunca me forçaram a tomar meus medicamentos. E o movimento de recuperação, na década de 1970, estavam realmente reagindo à psiquiatria e as pessoas continuam a ser e a ter razão, então, novamente, minha visão sobre isso vem da minha experiência e respeito a experiência de todos com isso. Mas, eu acho que tenho muita sorte... *thresholds* é um Centro Comunitário de Saúde Mental totalmente gerida por suporte de pares, e há aqueles, mas alguns de meus colegas estão experimentando o que você diz, porque eles não são trazidos para a equipe clínica, e meio que recebem papelada para arquivar ou pedidos para fazer torradas. O que não tem nada de errado, em fazer torradas, mas eu acho que, você está certo, há uma verdadeira resistência a isso. Eu não sei se tenho a resposta, mas tenho algumas ideias, e com o novo livro, no qual eu espero que ele mude as coisas e permita que as pessoas saibam sobre recuperação, possamos começar algumas campanhas nas mídias sociais com celebridades em que elas venham e falem sobre seus diagnósticos, sobre a recuperação. Falem sobre talvez, ainda, suporte de pares.

Mas há outras coisas que eu penso que seriam úteis. Havia uma legislação aprovada na Califórnia, que não foi aprovada, mas sua proposta tinha a ver com vacinas e que os médicos não poderiam espalhar informações errôneas sobre vacinas. E eu, realmente, quero trabalhar em prol de uma legislação que exigisse que os psiquiatras e qualquer profissional de saúde mental e, esperançosamente, clínicos gerais, mencionasse a recuperação, para dar às pessoas estatísticas de recuperação de TDAH, sobre distúrbios de ansiedade. De modo que isso, pelo menos, seja uma parte do pensamento deles. Eu acho que essa é uma maneira de combinar os dois, acho que está acontecendo nos Estados Unidos e não sei sobre o Brasil, mas Larry Davidson, de Yale, acabou de ser nomeado para o Escritório de Recuperação, assim como Paulo Del Vecchio, e eles são

simplesmente duas forças na comunidade de recuperação. O Escritório de Recuperação de SAMHSA, o governo dos EUA ou, eu deveria dizer, o sistema de saúde mental, NIMH e NIH apelaram pela recuperação em 1999. Então, já faz mais de 20 anos que eles disseram que temos que mudar para um modelo de recuperação. Espero que pelo menos esses dois homens, e outros que estão trabalhando com eles, façam essa mudança. Eu gostaria de ter respostas para o Brasil, mas acho que é incrível que vocês estejam fazendo isso, e saibam que vocês são muito apoiados por mim e outros da comunidade de recuperação.

FERNANDO FREITAS (LAPS/ENSP/Fiocruz)

Muito obrigado, Sarah!

A pergunta é: só as associações psiquiátricas criaram o termo psicofobia para nomearem as pessoas que questionam os diagnósticos psiquiátricos, ou seja, quem questiona o diagnóstico psiquiátrico está promovendo ou supostamente está promovendo psicofobia. O que pensam disso Andrew e Sarah, a relação com o autoestigma?

SARAH FAY (Escritora e Ativista)

Eu acho que eu entendi. Andrew você quer começar?

ANDREW SCULL (Sociólogo – Universidade da Califórnia)

Sarah, você poderia começar e eu vou depois?

SARAH FAY (Escritora e Ativista)

Você poderia repetir a pergunta, por favor? Quero ter certeza de que entendi.

FERNANDO FREITAS (LAPS/ENSP/Fiocruz)

As associações psiquiátricas no Brasil criaram o termo psicofobia para nomear as pessoas que questionam o diagnóstico psiquiátrico, quem questiona o diagnóstico

psiquiátrico estaria promovendo, ou supostamente promovendo, psicofobia. Isso não teria alguma relação com o autoestigma?

SARAH FAY (Escritora e Ativista)

Entendi. Sim, absolutamente. Acho que a outra parte disso ou dimensão disso nos Estados Unidos é insight ou uma falta de insight, a anosognosia. E, na verdade, Bob me alertou para isso, as pessoas que experimentam anosognosia fazem melhor do que aquelas que, novamente, submetem a palavra errada, mas se veem como o diagnóstico, se veem como se houvesse algo de errado com elas. É uma inclinação muito escorregadia e o que dizemos às pessoas, sabe? Havia momentos em que eu não estava necessariamente ciente de alguns dos meus comportamentos mais destrutivos, e por isso, entendo que “falta de insight” não me parece que seja tratar as pessoas como competentes, o que é parte integrante da recuperação no modelo de recuperação e tratamento. Podemos, talvez, não ver exatamente o que estamos fazendo, mas não podemos ser criminalizados por isso ou patologizados. Andrew?

ANDREW SCULL (Sociólogo – Universidade da Califórnia)

Bom, eu, infelizmente, não peguei a tradução da questão e o meu português não é muito bom. Então, eu não tenho certeza do que eu deveria estar falando aqui. Você poderia, Sarah, me dizer rapidamente qual era a problemática?

SARAH FAY (Escritora e Ativista)

Sim. Então, a pergunta era: no Brasil, eles têm psicofobia. Então, é o diagnóstico que diz que alguém está resistindo, é como a anosognosia. Portanto, se você tem isso, é parecido com o tipo de autoestigma que advém disso.

ANDREW SCULL (Sociólogo – Universidade da Califórnia)

Isso me faz lembrar da maneira como rotulamos as pessoas como tendo uma depressão resistente ao tratamento, ou seja, os tratamentos que lhes damos não são

suficientemente bons e não funcionam e, portanto, é culpa delas. Eles têm uma versão peculiar da doença que, de alguma forma, explica a forma de seus problemas e, como indiquei em minha discussão da história, a tendência de culpar a vítima e de não ouvir o paciente, de sufocar essas vozes. É uma das coisas que leva a tantas intervenções equivocadas e tantas coisas prejudiciais que acontecem às pessoas, como resultado desse tipo de abordagem e dessa relutância em prestar atenção e dispensar, realmente, a visão do paciente, que acontece muito facilmente e é muito prejudicial.

Acho que a estigmatização do transtorno mental e dos pacientes mentais, e as maneiras pelas quais isso se torna parte de sua identidade, tanto para eles mesmos, como para os que estão de fora olhando para eles, tem efeitos profundamente perniciosos. E isso soa como outro rótulo, então eu não gostaria de discordar. E “resistentes ao tratamento” realmente deveria significar outra coisa, significar: “não temos tratamentos eficazes”, então é problema nosso, que, por sua vez, se torna obviamente um problema do paciente, porque se torna difícil alcançá-los.

Acho que houve uma negligência grave na psiquiatria convencional nos últimos 40 ou 50 anos, no período que descrevi como uma reviravolta em direção ao termo de uma “psiquiatra sem mente”, para usar o termo de Leon Eisenberg. Esse estreitamento do foco, essa suposição de que tudo será curável usando a psicofarmacologia, e não há realmente nenhuma evidência de que seja eficaz, não para descartar essas drogas como nunca tendo algum papel a desempenhar, mas a ideia de que todo o fenômeno da doença mental pode ser reduzido a essa de bioquímica cerebral ou até a genética, é falácia. Me parece, que se tem produzido uma abordagem muito mal orientada por um longo período e, infelizmente, o NIMH parece estar determinado a seguir o mesmo caminho, que não é melhor. Talvez, não ter uma fixação tão grande em um único caminho para abordar essa questão poderia produzir melhores resultados do que o que vimos nas últimas décadas.

SARAH FAY (Escritora e Ativista)

Eu também quero dizer que você descreve isso tão bem em seu livro, Andrew, e eu realmente aprendi muito com ele. É como se muito do “tratamento” psiquiátrico tivesse sido sobre controle, que muito pouco disso foi sobre guiar as pessoas para a recuperação, embora eu ache que eles pensassem que isso era o que eles estavam fazendo.

ANDREW SCULL (Sociólogo – Universidade da Califórnia)

Sim, eu acho que isso é correto, Sarah. Infelizmente, a sinceridade não é garantia de agir apropriadamente ou efetivamente, as pessoas podem acreditar muito fortemente no que estão fazendo e ser completamente desencaminhadas. Henry Cotton acreditava em suas teorias e ele teve os dentes de seus filhos e sua esposa removidos, e quando ele teve um colapso mental, teve seus próprios dentes removidos. Ele acreditava no que ele estava fazendo, mas o que ele fez foi um “show de horrores médico”. E essa não é a primeira vez, eu acho que Walter Freeman, realmente, de alguma forma se convenceu de que colar picadores de gelo nos lobos frontais das pessoas através de suas pálpebras era um tratamento eficaz para doenças mentais e, na realidade, é claro, foi catastrófico.

Então, sim, nós deveríamos estar cientes, quero dizer, obviamente existem outras pessoas que agem de má fé e que sabem muito bem que não deveriam estar fazendo o que estão fazendo, mas muitas vezes o que vemos no campo são pessoas que lutam de boa-fé. Porém, depois são impenetráveis para contrariar as evidências e não estão dispostas a aceitar o pensamento de que eles podem estar enganados, como eu disse no final do livro: um pouco mais de humildade seria um muito bem-vindos nessas quadras, o reconhecimento dos limites de nosso conhecimento, e não perseguir um objetivo ilusório além de qualquer propósito útil.

FERNANDO FREITAS (LAPS/ENSP/Fiocruz)

Deixa-me tentar esclarecer a pergunta foi feita a respeito da psicofobia, é assim, pelo menos essa é uma experiência aqui no Brasil, as diversas corporações, as diversas associações psiquiátricas, contra-atacam aqueles que questionam o diagnóstico psiquiátrico e o tratamento psicofarmacológico contra-atacam dizendo “você estão promovendo uma psicofobia” porque o transtorno mental é uma doença como qualquer outra. Então, se ter depressão ou ter um diagnóstico de depressão, ter um diagnóstico de esquizofrenia não deve ser objeto de estigma, procure um tratamento. A crítica não é vista como discurso da antipsiquiatria, mas de promoção da psicofobia, ou seja, ter medo de ser diagnosticado com essa ou com esse ou aquele transtorno porque estão negando

doença e, portanto, vocês estão gerando nas pessoas uma fobia um medo, e isso daí é algo ruim, isso é negativo, você não estão promovendo saúde... é nesse sentido.

ANDREW SCULL (Sociólogo – Universidade da Califórnia)

Bom, seria interessante quando a gente discutisse as coisas com Allen Frances mais tarde, porque acho que Allen chegou a reconhecer os problemas que existem com nosso sistema de diagnóstico. Acho que uma das coisas interessantes sobre o trabalho em genética que tem sido feito, a expectativa baseada em estudos familiares era que eles iriam decifrar muito rapidamente as distintas origens genéticas dos vários rótulos que eles tinham anexado às pessoas e, na realidade, um dos efeitos desse trabalho genético tem sido minar essas categorias de diagnóstico. Então, vemos pessoas como Robin Murray, por exemplo, prevendo que dentro de uma década, o diagnóstico de esquizofrenia irá desaparecer. Claramente, os fundamentos de nosso sistema de diagnóstico são muito fracos, em estado muito enfraquecido, não está nada claro que esses diagnósticos vão sobreviver por muito mais tempo. E eu me pergunto realmente qual será o efeito disso sobre a profissão que, afinal de contas, quando você passou mais de um século tentando convencer as pessoas que a esquizofrenia ou transtorno bipolar – antes, doença maníaca depressiva – sejam doenças reais, como as doenças físicas com as quais todos estamos familiarizados, e você então vem diz “Oops! Desculpe, na verdade não existe tal coisa como esquizofrenia”, é apenas um ponto em um contínuo do sofrimento mental, eu acho que isso vai ter efeitos fortemente negativos na confiança das pessoas, pensar que isso vai ter efeitos fortemente negativos na confiança das pessoas em uma profissão que gastou tanto capital intelectual e tempo tentando persuadir o mundo de que o que eles lidam é isso, que são reais e estão lá fora. Mas, então, ele tem que confessar “bem, na verdade esses rótulos eram convenientes para nós usarmos” – como você apontou –, para falarmos uns com os outros, eles têm sido explorados pela indústria farmacêutica, enquanto ela tenta garantir a aprovação para trazer seus produtos para o mercado, mas agora eles parecem estar se dissipando. E a expectativa, por exemplo, de que teríamos um gene mendeliano ou um conjunto de genes que causariam a esquizofrenia se dissolveu em face de um quarto de século de trabalho. Não é mais uma posição sustentável, me parece. E, estranhamente, alguns deles confessaram: transtornos psiquiátricos parecem estar menos ligados geneticamente do que muitos outros tipos de doenças como, por exemplo,

diabetes ou distúrbios cardíacos de um tipo e de outro. Então, acho que estamos em uma situação em que os próprios rótulos que usamos para falar de transtornos mentais, que servem a todos os tipos de funções, diferentes funções, para profissionais, para os pacientes, para as famílias, então, para a sociedade. Todas essas coisas estão no bloco de corte agora mesmo, e eu estarei muito interessado em conversar mais tarde com Allen Frances, sobre a maneira como ele vê essa evolução. Eu acho que é uma posição muito estranha para a profissão e indiretamente, também, obviamente para os pacientes, se perdermos a confiança no significado desses rótulos, eles não funcionarão mais, então, o que nós colocamos no lugar deles? Acho que essa seria a minha reação a esse tipo de coisa.

SARAH FAY (Escritora e Ativista)

Eu acho que é interessante. Quando eu tive experiência com isso, com patologia, quando o livro, o publicitário e editor e eu estávamos prontos para toda essa contestação da psiquiatria e não houve. Quero dizer, nós estávamos sabendo, eu fui em comunicado à imprensa com Thomas R. Insel e Paul Appelbaum, e Paul Appelbaum ainda defendeu o DSM, mas foi realmente chocante, e depois apenas psiquiatras, e talvez eu apenas conhecido – não sei, não quero dizer – “os bons”, mas o que eles disseram foi “nós sabemos”. E, para mim, o perigo real é, novamente, o DSM e os diagnósticos são um trabalho de cultura. Portanto, eu fui afastada por pessoas com diagnósticos que não queriam desistir de seus diagnósticos. Isso meio que se encaixa no que Andrew estava dizendo, mas acho, também, que o que me surpreendeu na recuperação e no movimento de recuperação e no suporte de pares, é que nós nunca falamos sobre diagnósticos. Nunca mesmo. Nem mesmo perguntamos.

ANDREW SCULL (Sociólogo – Universidade da Califórnia)

Sim, isso é uma espécie de volta aos tempos freudianos, quando eles não falavam sobre eles também. Mas sim, é interessante porque tem havido, obviamente, um grande número de diagnósticos desvirtuados ao longo do tempo, e isso é algo que Allen e eu concordamos que, sabe, ele emitiu *mea culpas* sobre as formas como as mudanças no DSM-IV produziram epidemias aparentes de coisas, em vez de ser apenas um produto de

mudança de critérios diagnósticos. Então, eu acho que isso é interessante de se observar as formas como os diagnósticos se tornam importantes portas de acesso para recursos, por exemplo. Quando foi vazado da força-tarefa do DSM, que eles iriam restringir os critérios para um diagnóstico de autismo, houve uma grande contestação, porque tantos pais com filhos que estavam perturbados estavam dependentes desse diagnóstico para o acesso a recursos educacionais a outros tipos de recursos que, simplesmente, teriam desaparecido se o diagnóstico desaparecesse.

Esses diagnósticos adquirem uma espécie de vida própria, e uma vez que eles se espalham, eu acho que os encurralar e estabelecer limites para eles se torna cada vez mais difícil. As pessoas que defendem isso vão se encontrar sob ataque por tentar dizer “ei, espere um minuto. Um luto comum não é um transtorno mental sabe? Nós realmente não deveríamos tratá-la como tal”. É um problema multifacetado, esse problema de diagnóstico. De certa forma – e eu acho que você aludiu a esse ponto, Sarah – o diagnóstico é, de certa forma, como quando você fala sobre seus grupos de recuperação, é uma maneira de dizer a alguém “nós já vimos isso antes, isso não é um problema único que é só seu, há outras pessoas com tipos de coisas semelhantes e nós temos maneiras de intervir”. Então, as pessoas se agarram ao diagnóstico por esse tipo de razões. Começa a fazer sentido, o que, de outra forma, é um tipo de coisa profundamente perturbadora e ameaçadora, mas pode ter efeitos muito negativos, assim como você apontou no decorrer de sua palestra.

SARAH FAY (Escritora e Ativista)

Eu acho que o problema é que, pelo menos para mim, tendo recebido tantos diagnósticos, nenhum deles era uma explicação. Sabemos que a recuperação é altamente individual, não há ninguém como você e não há vida, quero dizer, se você está ajustando a sua própria recuperação, cada indivíduo, e acho que é aí que a Psiquiatria está falhando com as pessoas, é que elas continuam a querer uma bala mágica, elas continuam a querer que todos sejam iguais, mas o nosso transtorno mental não é nem o mesmo.

ANDREW SCULL (Sociólogo – Universidade da Califórnia)

Mas algo que Stephen Hyman disse, sabe, eu acho que uma das maneiras pelas quais essa nebulosidade dos limites e o fato de que nenhum desses rótulos, realmente, correspondem a uma coisa real... está falando de comorbidade para que você possa ter mais de uma dessas coisas, ou acontece que eles são tão escorregadios, porque eles se baseiam em sintomas que podem mudar com o tempo, que, sabe, o diagnóstico vai de uma coisa à outra e, no seu caso, meia dúzia dessas diferentes coisas. Nenhuma delas está realmente ligada a uma patologia subjacente, porque a resposta honesta, se alguém fizer a pergunta, qual é a causa da esquizofrenia, é que não sabemos, certo? E que poderíamos estender isso através do espectro do diagnóstico, nossa ignorância é realmente bastante profunda em nosso nível de conhecimento um tanto limitado, e essa é uma combinação perigosa.

Pessoas estão desesperadas. Quando utilizo o termo “remédios desesperados” em meu título, estava me referindo em vários níveis ao desespero, há desespero como experimentado pelo paciente, há desespero por aqueles ao redor de sua família, seu círculo social imediato, há desespero por parte de profissionais que querem pensar em si mesmos como parte de uma profissão de cura, mas na verdade, têm ferramentas muito limitadas à sua disposição e, por isso, são tentados a seguir caminhos porque eles têm uma ideia de que eles acham que pode acontecer muitas vezes com base na falta de pretextos, como se fosse tudo uma infecção ou você não pode ser esquizofrênico e epilético. Uma das coisas curiosas sobre o uso de convulsões que agora são ECT modificados, principalmente, é a noção de que a esquizofrenia e a epilepsia não poderiam coexistir, o que é falso. Mas acontece que, agora, isso sobrevive como um tratamento para a chamada “depressão resistente ao tratamento”, não tanto da esquizofrenia. Ela mudou seu foco, em parte devido à compreensão básica do que está acontecendo aqui é tão primitivo e, na verdade, como eu argumento no livro, a distinção entre o biológico e o social é fundamentalmente equivocada, pois nascemos com cérebros que são muito pouco formados do que os cérebros que acabamos por ter, que eu tenho, que você tem nesse momento. Tanto em função de nossas experiências sociais quanto de nosso ambiente, que modifica a forma como nossos cérebros plásticos vêm a ser. Então, essa separação de um do outro é um erro de categoria. Nós somos ambos: seres biológicos e sociais. E esses dois se interpenetram de formas que ainda não entendemos completamente.

SARAH FAY (Escritora e Ativista)

Eu acho que a situação ideal era algo parecido com o que o Dr. R., que está no livro com seu “eu não sei”. Acho que isso é possível, usar todos os diagnósticos que você quer, mas quando você dá um, você diz “olha, nós não sabemos muito sobre esse transtorno mental, nós sabemos um pouco, esses diagnósticos são marcadores de lugar que nós usamos, isso é o que vou usar para você, é por essa razão, esse é o tratamento que eu sugiro”. Quero dizer, para mim, parece que não é tão difícil, mas você está certo, há tanta arrogância, tanto querer em encontrar exatamente o que vai funcionar para todos, que nós não fazemos isso.

ANDREW SCULL (Sociólogo – Universidade da Califórnia)

Sim, eu acho que está certo, e eu gostaria que houvesse mais vontade de admitir os limites de nosso conhecimento e de agir de acordo com isso, também, para mudar toda a lógica do DSM, particularmente, a partir do DSM-III em diante, era dividir a perturbação mental em todas as suas formas em categorias distintas e assumir que essas categorias eram delimitadas, separadas e não faziam parte de um quadro mais amplo. Penso que, cada vez mais, as evidências apontam para uma visão das coisas em termos de um *continuum* que inclui aqueles de nós que são, supostamente, normais. Mas também, aqueles que estão em vários lugares ao longo desse espectro e, portanto, para se afastar desses diagnósticos categóricos, que foi algo, para ser justo, que os arquitetos do DSM-5 quiseram fazer, mas descobriram que não podiam. O conhecimento básico de que eles precisavam para reconceitualizar as coisas, simplesmente, não estava lá. Assim, eles acabaram, como Thomas R. Insel apontou quando o DSM-5 saiu, em 2013, simplesmente, remendando os limites de um sistema que já estava lá há mais de três décadas, e é a esse sistema que ainda estamos presos. Acho que é muito difícil de se libertar disso, é difícil para o paciente, é difícil para as pessoas que as tratam, é difícil para a sociedade reconhecer a quantidade de ignorância que ainda persiste em torno desta condição. É muito complicado, quantas dimensões isso tem... A noção dos efeitos da serotonina, por exemplo, é uma piada. No entanto, ainda se acredita, como a maioria dos norte-americanos, que não sabem mais do que está sendo ensinado.

Joanna Moncrieff tem um trabalho que vai sair (vocês podem ter visto nas pré-imprensões que estavam no formato on-line, vai sair em dezembro) que olha para essa questão de “era isso tudo que a grande e malvada indústria farmacêutica, vendendo essa mentira sobre o desequilíbrio químico ou os psiquiatras também desempenham um papel na criação dessa ilusão?” e a resposta que ela mostra, eu acho que muito conclusivamente, é que a profissão também tinha um papel a desempenhar nessa difusão, e agora ela está enfrentando as consequências.

FERNANDO FREITAS (LAPS/ENSP/Fiocruz)

Tem muitas perguntas e muitas se repetem. Eu peço desculpas ao público de frustrar muita gente ou a maioria, porque não há tempo. Uma pergunta é: “os pacientes que querem uma resposta rápida, que já sofrem faz um tempo, aí aceitam a medicação e não procuram terapia, psicoterapias, o que vocês acham disso? Quer dizer, uma realidade da sociedade contemporânea baseada em respostas rápida, por outro lado, pessoas que estão sofrendo e querem uma resposta a isso. A medicação promete resposta, enquanto que psicoterapia é algo que a resposta não é imediata, não é segura, demora, e pode demorar. Então, como uma assistência em saúde mental pode responder às demandas dentro desse quadro, desse esse background, cultural e social?” Por favor.

ANDREW SCULL (Sociólogo – Universidade da Califórnia)

Se eu pudesse começar, eu peço desculpas por esta questão de tentar abordar questões e a frustração que o público sente, ao ser incapaz de comunicar mais diretamente. Obviamente, a barreira linguística não ajuda, mas o Zoom é uma coisa maravilhosa. Eu estou sentado no sul da Califórnia e somos capazes de falar em tempo real, mas tem grandes limitações, eu não posso ver o público das pessoas com quem estou falando, eu vejo Fernando, há apenas um pouco de comunicação de mão dupla, e eu acho que é uma das grandes limitações disso. Assim como a vantagem de podermos falar juntos sobre isso.

Em termos de intervenções, eu acho que a profissão psiquiátrica aqui, na América do Norte, tornou-se, de certa forma, indisponível por causa do cuidado gerenciado, devido

às pressões das seguradoras, incapazes de dispensar muito na forma de terapia. A média da reunião – eu acho, Sarah, que você aludiu a isso em sua palestra – um pouco de tempo é dificilmente adequado para começar a explorar as complexidades do que estamos vendo e a tentação, portanto, é cair de volta na muleta das drogas. Mesmo que, se você realmente falar com psiquiatras conhecedores, eu acho que muitos deles são cientes do fato da limitação dessa abordagem e das formas como ela falha em tratar de problemas subjacentes. Agora, no que diz respeito à psicoterapia, nós, em sua maioria, a menos que você seja muito rico, e por acaso seja um devoto das ideias freudianas, a maioria da psicoterapia hoje em dia é um caráter muito diferente da psicanálise clássica, como as terapias medicamentosas, ela é direcionada diretamente para sintomas e supressão de sintomas e aprender a lidar com eles de forma mais eficaz, através dos tipos de técnicas que, por exemplo, os terapeutas cognitivos comportamentais tentam inculcar em seus pacientes. E eu penso que, em geral, pelo menos nos EUA, o reino da psiquiatria e o reino da psicoterapia não se sobrepõem muito. A maior parte da psicoterapia, hoje em dia, é dispensada por psicólogos clínicos e assistentes sociais licenciados, e não por doutores em medicina, e essas profissões tendem a ser fortemente feminizadas e eu gostaria que fosse de outra forma, mas é uma generalização sociológica bastante segura de se fazer, que quando as profissões são dominadas por mulheres, elas sejam menos prestigiadas e menos bem pagas do que em profissões dominadas predominantemente pelos homens. Portanto, esses são universos paralelos que não tocam muito na minha estimativa. Os pacientes podem se mover de um para o outro ou podem ter ambos, se forem capazes, mas não são separados, eles são mais separados do que coisas que se reforçam mutuamente e, Sarah, eu estaria interessado, porque você tem experiências pessoais diretas desse tipo de coisas e, obviamente, pode falar, portanto, com mais conhecimento, em certos aspectos, sobre isso.

SARAH FAY (Escritora e Ativista)

Eu era aquela paciente, não há dúvida de que, eu estava absolutamente desesperada, para usar seu termo, quero dizer, provavelmente eu teria feito quase tudo, mas eu tentei tudo, meditação, yoga, eu corri ao ponto de ter bolhas em meus pés, a ponto de sangrar. Eu realmente era aquela paciente. Quando a medicação foi apresentada a mim, eu estava muito resistente, eu era o tipo de pessoa que não tomava aspirina, mas eventualmente, era como se eu sentisse que eu tivesse tentado de tudo e, então, vamos a

isso. Eu fui à terapia, não tenho certeza de que essa seja a resposta para todos, porque você está realmente apenas olhando para duas pessoas que, provavelmente, não têm nenhuma experiência viva do que você está passando. E isso é algo, eu acho, que só agrava o problema, de alguma forma, não necessariamente porque eu sei que algumas pessoas acham que a terapia é bem útil, mas qualquer que seja a razão de você estar recebendo cuidados psiquiátricos, o que quer que seja, se for meditação ou yoga ou o que quer que seja, é algo, novamente, eu estou promovendo os especialistas de suporte de pares, mas o que um par pode fazer pela pessoa, que é encontrar outros caminhos para complementar a medicação ou se a pessoa decidir, uma nova medicação, e isso é volta ao que Fernando estava falando, é muito triste que haja tanta resistência em incluir um par na equipe clínica. Sabe, novamente, eu tenho sorte que a *Thresholds* é uma organização completamente gerida por pares, então todos os clínicos também têm experiência, e eu faço parte da equipe, mas obviamente eu não dou diagnóstico. Então, eu estou realmente pegando todos os outros aspectos da pessoa que o clínico realmente não tem tempo para fazer.

ANDREW SCULL (Sociólogo – Universidade da Califórnia)

Sim, eu quero dizer, nós dois vivemos em uma sociedade onde a assistência médica psiquiátrica é uma mercadoria que você compra e vende no mercado. O advento do *managed care* tem sido uma das coisas (não tive tempo de abordar na palestra, mas eu abordo em meu livro) que exerceu um poderoso impacto sobre o que acontece com os pacientes, o que está disponível para os pacientes e a forma como abordamos os distúrbios psiquiátricos de um tipo e outro. E o suporte de pares, e assim por diante, pode, de fato, ser valioso para muitas pessoas, mas a questão é como vamos entregar isso em grande escala, acho que você concordaria com isso, e você abordou um tanto disso em sua fala, que ao lidar com seu próprio trabalho pessoal, é um verdadeiro infortúnio ter que lidar com eles. Mas do outro lado da moeda, você tem sido uma pessoa relativamente privilegiada que teve acesso a todo um espectro de maneiras de tentar lidar com o sofrimento e a desordem, e para muitos de nossos concidadãos, o acesso a essas coisas é simplesmente excluído pelas desigualdades que permeiam nossa sociedade e por sua própria falta de recursos e de conhecimento. Você é alguém altamente educada e capaz de ler amplamente e encontrar uma grande variedade de perspectivas que, potencialmente, poderia ajudar, mas para muitas pessoas, um sofrimento dessa forma,

esses tipos de coisas estão completamente fora de alcance e nem sequer sabem que elas existem, muito menos que existem para poder acessá-las. Portanto, esses aspectos sociais do problema, acho que ambos de nós já mencionamos, mas é fácil subestimar o quanto elas são extremamente importantes quando se trata de confrontar as coisas. Então, quando eu, por exemplo, recito as estatísticas, por exemplo, sobre a expectativa de vida das pessoas com transtornos mentais graves, isso não é apenas ou somente produto dos fracassos da psiquiatria, é o produto de fracassos maiores da sociedade em que vivemos e a suposição neoliberal de que todos podem acessar o mercado livremente e têm os recursos para fazê-lo, quando, na realidade, um dos efeitos colaterais dos graves tipos de distúrbios que, muitas vezes, comprometem o nosso modo de vida, os nossos recursos encolhem e todos ficam à mercê dos serviços públicos que, em grande parte, desapareceram. Quando os hospitais psiquiátricos fecharam, não foi como se esses recursos tivessem sido redirecionados para o Cuidado Comunitário, em geral, eles não foram.

SARAH FAY (Escritora e Ativista)

Acho que também há – rapidamente – o aspecto físico, que deixamos de fora. Quero dizer, estou surpresa que ninguém tenha me dito para parar de beber cafeína. Eu tive mania e ansiedade, como se não pudesse ter sido o primeiro passo antes dos medicamentos psicotrópicos.

FERNANDO FREITAS (LAPS/ENSP/Fiocruz)

Muitas perguntas agora. Lembrando que o Andrew vai estar agora à tarde, também, no debate com o Allen Frances. Então muitas perguntas, talvez, possam ser encaminhadas a eles dois. Vou fazer uma pergunta Sarah, que foi dirigida a você mesma, feita por Ivana Ponteso, ela diz: “o estado depressivo nos leva ao estado de não motivação como você teve motivação para pesquisar e buscar saída? De onde veio a sua energia de busca?”

SARAH FAY (Escritora e Ativista)

É uma pergunta tão boa, porque é aqui que nós entramos: não existe algo como “uma depressão”. Então, não pode haver uma maneira de você se recuperar dela. Quero dizer, eu sou uma pessoa com muita energia, então minha depressão era muita irritabilidade, o que estava misturado com ansiedade. É claro, todas essas são emoções humanas, mas eu não era o tipo de pessoa com transtorno depressivo grave que ficava na cama. Esse é um tipo, novamente, há o estereótipo, há o autoestigma, eu tive uma resposta diferente a isso, especialmente, quando eu tinha 12 anos de idade, quando eu tinha um buraco no meu estômago tão espesso que eu não podia comer. Meus pais estavam se divorciando, eu estava indo para uma nova escola secundária, eu estava muito triste e eu estava aterrorizada. E eu tinha um buraco terrível no meu estômago, e uma sensação de ter tanto medo o tempo todo. E isso é outro tipo de descrição de depressão que nós nem sempre vemos, há o estereótipo disso. De certa forma, eu tive a sorte, eu acredito que se falamos de depressão maníaca em um espectro, e há estudos em que se fala disso, nos quais colocam a depressão unipolar no mesmo espectro, sabe, eu sinto que eu me movi um pouco, ao longo desse espectro, especialmente porque sou de alta energia, mas esse é o outro problema, é: como diagnosticar alguém com transtorno depressivo maior e é de alta energia versus alguém de baixa energia. Sabe, novamente não estamos realmente levando essas coisas em consideração, mas acho que foi parte disso. Eu acho que é porque eu tenho uma quantidade saudável de ansiedade em todos os momentos, mas, novamente, isso não desapareceu, e quando estamos tentando reduzir – é redução de sintomas – mas isso é parte da experiência humana e eu tive que aprender quais são as emoções, de onde vêm meus pensamentos.

Quero dizer, a Psiquiatria evolutiva ressoa comigo e, novamente, isso tem seus inconvenientes, mas aprender que meu cérebro está sempre em alerta para o perigo e sempre procurando o que está errado foi extremamente útil para mim, que, sozinha, eu poderia dizer “ok, é meu cérebro fazendo isso novamente”. Então, foi uma maneira de – e eu falo sobre isso no livro – falar comigo mesma de maneira diferente, relacionando-me comigo mesma de forma diferente, relacionando-me com os outros de maneira diferente, relacionando-me com minhas emoções, que são incrivelmente dolorosas muitas vezes e permitindo que elas estejam por aí 50% das vezes ou por mais tempo. É uma espécie de porcentagem na qual estamos 50% bem contra 50% mal. Lisa Feldman Barrett é uma neuropsicóloga maravilhosa e eu li seu livro: “*How emotions are made*”, e isso foi muito útil para mim, em termos dela falar sobre afeto. Ninguém nunca me falou sobre

afeto, eu quero dizer, talvez todos saibam, mas eu não, que é como a fome, como a falta de sono, como todo esse tipo de condições físicas criam um ambiente emocional e todos nós sabemos disso, mas eu realmente não pensei sobre isso. Então, agora quando eu começo a me sentir deprimida, eu penso “ok, qual é o meu afeto, o que está acontecendo, eu dormi, eu comi?”, todas essas coisas. Agora, eu só tenho um senso muito maior de granularidade emocional. Isso é só para dizer que aprender muitas dessas coisas, definitivamente, levou à minha recuperação, enquanto a pesquisa que eu fiz, de alguma forma, foi resistir, porque eu era suicida naquela época. E eu acho que o suicídio, muitas vezes, cria um tipo de ansiedade para algumas pessoas e isso aconteceu comigo.

FERNANDO FREITAS (LAPS/ENSP/Fiocruz)

Só mais uma pergunta e terminamos. Essa pergunta foi feita por Gabriele Alexander, eu vou ler como está escrito: “já ouvi várias vezes das pessoas, com a intenção de minar a gravidade do sofrimento que se experimenta, quando se está em sofrimento mental, que se todo mundo tem algum tipo de problema de saúde mental, portanto, isso é normal. Então a minha pergunta é como podemos pensar o DSM e a crença médica com crítica e ainda não normalizar o sofrimento mental e não minar a legitimidade das pessoas que vivenciam esse tipo de sofrimento?”

SARAH FAY (Escritora e Ativista)

Eu acho que uma coisa que se mantém, para mim, é que a recuperação, por um tempo, foi pensada como um retorno ao um estado de “normalidade”, retornar a algum tipo de estado idealizado, inevitavelmente, de quando você não se sentia mal. E quando eu li pela primeira vez sobre a recuperação, eu pensei “é impossível, eu teria que voltar aos seis anos de idade”, não é nem possível fazer isso. Eu acho que entendo a ideia de espectro, mas uma coisa que me preocupa, porque acredito nisso, que pode ser uma maneira de reduzir o estigma, certamente, ouvir vozes e ter uma música presa em sua cabeça, isso está em um espectro, mas todo mundo tem algum tipo de transtorno mental, eu sinto que é parte da razão pela qual não estamos conseguindo que os serviços cheguem àqueles que mais necessitam. Podemos meio que dispensar as pessoas, todos nós temos isso, e eu não acredito que isso seja necessariamente verdade, não existe isso de “normal”, no sentido de que não o normal de todos é diferente, e isso é bom. Mas há sofrimento e

não há sofrimento, no entanto, eu realmente não respondi ao DSM, então eu deixarei para o Andrew essa menção.

ANDREW SCULL (Sociólogo – Universidade da Califórnia)

Sim, eu concordo com você, Sarah. Existe um perigo na noção de que estamos todos um pouco loucos, em minimizar os graus de sofrimento que algumas pessoas experimentam e isso é algo com que temos de lidar de alguma forma, temos que estabelecer alguns limites sobre... uma das coisas que eu acho que caracteriza muitos de nós é que somos abençoados com um nível de resiliência diante das circunstâncias desafiadoras da vida ou dos altos e baixos emocionais que acompanham a vida, e assim, para muitas pessoas, sim, eles experimentam períodos de turbulência emocional, mas eles são afortunados o suficiente para serem capazes de superar aqueles relativamente fáceis, talvez com o apoio de grupos de amizade ou família, ou outros tipos de recursos que, no dia-a-dia, ajudam a manter muitos de nós no eixo. Precisamos reconhecer que, para outras pessoas no espectro dos problemas da vida, esses recursos não estão disponíveis ou que, por qualquer razão, eles não são capazes de utilizá-los eficazmente e, portanto, essas são pessoas para as quais o sofrimento se torna muito mais extremo, muito mais transformador e, de fato, ameaçador de vida em muitos aspectos. Como você experienciou por, ao que parece, pelo menos, um período de quatro ou cinco anos, no qual você se encontrava suicida. Então, de maneira importante, uma vez que os recursos são limitados, é para aquelas pessoas que estão no maior grau de angústia e problemas que precisamos tentar canalizar recursos. E, infelizmente, muitas vezes eles estão muito angustiados e sua incapacidade de lidar no momento os priva dos recursos que eles poderiam ser capazes de fazer. Portanto, torna-se um tipo de ciclo vicioso, no qual as pessoas mergulham – como você colocou em um momento da sua fala – no buraco e não há ninguém ao redor para ajudá-los a sair desse buraco. Eles apenas afundam cada vez mais fundo no lodo, e é como ficar preso em areias movediças e, eventualmente, a areia movediça passa por cima de sua cabeça e você se afoga, você morre. Então, aprender a concentrar os recursos onde eles são mais necessários e a fornecê-los às pessoas que podem não ter a capacidade por uma razão ou outra, seja ela socioeconômica ou um problema interpessoal, a falta de conexões com as pessoas, o isolamento e assim por diante. Em um de meus livros, eu os chamo de “*A solitary of reflections*”, e isso, na verdade, é roubado do meu colega historiador psiquiátrico Michael McDonald, que abriu seu maravilhoso livro “*Mystical*

Bedlam”, sobre o tratamento de distúrbios mentais na Inglaterra do século XVII, dizendo que o transtorno mental é, ao mesmo tempo, a mais solitária das aflições para a pessoa que a experimenta e a mais social das aflições para todos ao seu redor. E isso, eu penso que capta uma verdade realmente profunda sobre o sofrimento mental e seus efeitos se ramificam em todas as direções, mas são um pouco diferentes em qualidade para a pessoa que está em sofrimento e para aqueles ao seu redor. E captar isso e aí tirar as lições certas disso é uma das coisas sobre as quais nós precisamos refletir.

SARAH FAY (Escritora e Ativista)

Eu acho, também, que o problema de ir para a parte do DSM é o problema de dizer que a esquizofrenia é um transtorno mental grave, bipolar, é dizer que a anorexia, está faltando a parte que alguém com uma ansiedade muito leve, que vive na rua está precisando seriamente de cuidados. É tipo abordar novamente o diagnóstico, em vez da situação pessoal completa.

ANDREW SCULL (Sociólogo – Universidade da Califórnia)

A situação. Sim, eu concordo com isso. Isso meio que reifica as coisas de maneiras infelizes e em direção a limites em torno de problemas que, na verdade, são multifacetados e espalhados em muitas direções diferentes, sim.

FERNANDO FREITAS (LAPS/ENSP/Fiocruz)

Então, gente é com muita alegria que a gente encerra. Agradeço efusivamente ao Andrew Scull, que eu sei que a diferença de horário é muito grande para o horário do Rio de Janeiro. Muito, muito obrigado, era madrugada quando você começou a sua apresentação. E a Sarah, queridíssima Sarah, muito obrigado pela sua apresentação! Muito importante o que você nos transmite. Obrigado ao público maravilhoso que acompanhou, até mais.

MESA REDONDA

“Em defesa do modelo biopsicossocial”

PAULO AMARANTE (LAPS/ENSP/ Fiocruz)

Olá, boa tarde!

Eu sou Paulo Amarante, junto com Fernando Freitas, temos participado da Coordenação desse seminário desde sua primeira edição, fui coordenador do LAPS, coordenador e fundador do LAPS - Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca Fundação Oswaldo Cruz. É com muita alegria, com muita satisfação que a gente continua aqui realizando esse seminário já na sua sexta versão, hoje dando continuidade ao seminário, temos uma mesa, que para gente é muito importante, intitulada: “Em defesa do modelo biopsicossocial”. Para o qual estamos contando com a participação do Drº Allen Frances. Boa tarde Allen, é com uma alegria muito grande que a gente está aqui podendo participar nesse momento com você e ouvi-lo. Eu tive a alegre satisfação de conhecer o Allen Frances em Trieste, em um seminário muito importante que foi realizado em 2015 e 2016. Allen Frances foi coordenador da força tarefa que elaborou o DSM-IV, a partir daí, tornou-se uma pessoa importante também na elaboração de uma crítica ao reducionismo biológico e a toda a linha que o DSM, especialmente do DSM – V, tem tomado. O Allen escreveu um livro muito importante com essa crítica, que consolida esse pensamento e essa reflexão, lançado nos Estados Unidos com o nome “*Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-Of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary: An Insider's ... and the Medicalization of Ordinary Life*”. Aqui do Brasil foi publicado com o nome: “*Voltando ao normal*”. E em outras publicações, especialmente, fundamentos do diagnóstico psiquiátrico respondendo às mudanças do DSM-5. O Allen é uma pessoa internacionalmente muito importante.

É com uma alegria muito grande que nós o recebemos. Está com você a palavra, Allen, vamos ter um tempo de uma hora para poder ouvir as suas contribuições as suas reflexões. Muito obrigado, boa tarde a todos a todas.

ALLEN FRANCES (Psiquiatra, Professor e Ex-Presidente do Departamento de Psiquiatria da Duke University)⁶

Muito obrigado. É um prazer incrível estar com todos aqui hoje. Eu já fui ao Brasil duas vezes, foram viagens incríveis, maravilhosas e eu também devo parabenizá-los pelo resultado das eleições de ontem, o mundo está mais seguro e o Brasil está mais seguro. Só espero que os Estados Unidos tenham um resultado favorável semelhante em nossas eleições nos próximos dias. Vocês entendem, viés político pode ser útil para eu compartilhar, também, minhas pré-concepções de saúde mental, e eu tenho quatro pré-concepções muito fortes no campo da saúde mental. O primeiro é que eu apoio muito fortemente o modelo biopsicossocial e sou contra todos os reducionismos: reducionismo biológico, reducionismo psicológico e reducionismo social. Acho que é muito importante que tenhamos um modelo integrado, em vez de um modelo que divide o campo em muitas escolas conflituosas. Minha segunda pré-concepção muito forte é que a medicação está sendo usada em excesso em pessoas que têm problemas psiquiátricos muito leves, que se beneficiariam muito mais com a psicoterapia ou com o passar do tempo, e utilizada em excesso com a população em geral, de pessoas que sofrem a angústia cotidiana da vida e que, muitas vezes, recebem medicamentos como se houvesse um comprimido para cada problema. Por isso, sou contra o uso excessivo de medicamentos.

Nos Estados Unidos, 20% da população toma um comprimido psiquiátrico todos os dias, mas também sou contra a ideia de que os medicamentos nunca são úteis, que, para a maioria das pessoas com problemas psiquiátricos graves, os medicamentos são essenciais e muitas vezes salvam vidas, para pessoas com depressões severas ou delirantes, a ECT é frequentemente o tratamento de escolha, e por isso, sou contra o desequilíbrio de tratar os muitos com mais medicamentos do que eles precisam, mas argumentando que poucos podem melhorar sem medicamentos. Meu terceiro viés muito forte de saúde mental é que eu não confio em clínicos que confiam muito no DSM, mesmo que eu estivesse envolvido na criação do sistema DSM. Os clínicos que confiam demais no sistema DSM perdem a pessoa ao se concentrarem apenas nos sintomas e no

⁶ Médico, Catedrático emérito da Universidade Duke. Chefiou a força tarefa do equipe que redigiu o DSM-IV. Autor do livro: Voltando ao Normal, em que ele faz uma autocrítica e questiona o fato de a principal referência acadêmica da psiquiatria contribuir para a crescente medicalização da vida.

diagnóstico. Mas eu também não confio em pessoas que não conhecem o sistema DSM, porque, para muitos indivíduos, é absolutamente crucial, primeiro ter certeza de que eles não têm um problema biológico, um problema no cérebro ou de doença sistêmica, que está causando seus sintomas. Para ter certeza de que não estão tomando medicamentos que estão causando seus sintomas, para ter certeza de que os sintomas não são o resultado de substâncias e para distinguir, entre os vários distúrbios psiquiátricos, porque muitas vezes o diagnóstico terá um impacto dramático no tratamento. Por isso, sou contra um excesso de confiança no diagnóstico, sou contra a negligência do diagnóstico. E finalmente, para dar meu último viés, antes de continuarmos com a conversa, eu sou contra pessoas que baseiam sua compreensão de transtorno mental e dos pacientes na ideologia e não no que é melhor para cada paciente. Não há nenhuma maneira de entender as pessoas que trabalham com cada paciente, que as pessoas que são muito a favor da psiquiatria e defendem a psiquiatria, até quando cria problemas. Mas, por outro lado, pessoas atacam a psiquiatria como se ela fosse sempre ruim, sempre má, igualmente criam problemas para os pacientes. E temos que ter uma abordagem que esteja no meio, que entenda quando o tratamento psiquiátrico é útil e se aplica adequadamente nessas situações e compreenda quando o tratamento psiquiátrico é desnecessário e às vezes até prejudicial.

Então, agora vocês que entendem minha política, que vocês entendem as minhas pré-concepções de saúde mental, podemos falar sobre o modelo biopsicossocial.

O modelo biopsicossocial e, ao final da palestra, eu acrescentarei também “espiritual”, é uma forma de olhar para as pessoas que considera que a vida não é simples e que o comportamento das pessoas, a maneira como vemos o mundo, a maneira como desenvolvemos sintomas psiquiátricos, pode ter um componente biológico, pode ter um componente psicológico, pode ter um componente social, que acrescentará mais tarde um componente espiritual. Então, para entender muitas pessoas, temos que entender todos os colaboradores para não agir como se a doença particular pudesse ser apenas biológica ou apenas psicológica ou apenas social ou apenas espiritual. Esse é um modelo arredondado de entender as pessoas e de orientar o tratamento.

O reducionismo é o oposto de ter um modelo amplo e o reducionismo diz que precisamos simplificar fenômenos complexos a fim de compreendê-los; suas causas e suas consequências. O reducionismo é necessário na ciência, porque, ao fazer pesquisa, é

importante ter o mínimo possível de variáveis para entender os resultados, mas o reducionismo não funciona em nada quando estamos lidando com pacientes individuais, e um dos problemas em nosso campo é a dificuldade em traduzir resultados de pesquisa baseados em estudos reducionistas na complexidade da vida de cada paciente individual. O que eu vou dizer repetidamente é que os reducionismos estão quase sempre errados. Se vamos entender as apresentações complexas de pacientes, temos que ter a visão o mais amplo possível, e concentrar-nos apenas em um pensamento, uma maneira de ver as coisas, é quase sempre um mau serviço para nossos pacientes. H. L. Mencken era um jornalista norte-americano que escreveu isso há cem anos: “para cada problema complexo há uma solução que é simples e quase sempre errada”, e, portanto, as pessoas que pensam que têm uma resposta fácil para explicar todos os problemas dos pacientes e todos os problemas em qualquer paciente, quase sempre fazem mais mal do que bem para os pacientes.

Um dos problemas na Psiquiatria é que temos muitos modelos e, muitas vezes, cada modelo é apresentado por alguém como se fosse o único modelo e que está em concorrência com outras maneiras possíveis de ver o paciente e compreender o transtorno mental. Acho que qualquer pessoa que apoie fortemente um determinado modelo está perdendo muito do que é importante para entender as pessoas e entender pacientes, e devemos sempre nos concentrar no que está além desta única maneira de olhar para as pessoas, que outros fatores estão envolvidos, além desse modelo. O modelo biopsicossocial não é apenas para a psiquiatria, não apenas para a psicologia, não é apenas para o trabalho social, é para toda a medicina.

Acontece que, talvez 80% da variação no desenvolvimento da doença e, em seguida, a recuperação da doença, venha de fatores psicológicos e sociais, que um modelo biológico simples e reducionista na medicina não funciona muito bem. Temos que entender a psicologia da pessoa se ela tem diabetes, caso contrário, não conseguiremos cooperar plenamente na tomada do medicamento. Temos que entender os fatores sociais, que o medicamento é muito caro para que as pessoas tenham acesso, o acesso aos médicos é limitado a certas partes da população. Não podemos supor que apenas entender como funcionam as células resulte em boa prática médica, certamente, não podemos supor que compreendendo exatamente como as células funcionam resulta em uma boa prática de saúde mental. O pai da medicina ocidental, Hipócrates, sabia muito bem disso. A maior

contribuição de Hipócrates era ver a doença em geral como tendo uma origem biológica e não espiritual ou religiosa, mas ele não se limitava apenas à biologia, ele entendia que a psicologia do indivíduo podia afetar a biologia. Ele entendeu que o contexto social do indivíduo poderia afetar a biologia e a psicologia.

Hipócrates desenvolveu sua escola de medicina em uma ilha na costa do que é hoje a Turquia, que antes era a Grécia. E havia uma escola competitiva, não muito distante no continente, essas foram as duas primeiras escolas de medicina moderna na Grécia antiga, há 2500 anos. A escola de Hipócrates era muito conservadora. A escola no continente era muito agressiva no diagnóstico, muito agressiva no tratamento, e Hipócrates percebeu que muitas pessoas que tinham ido àquela escola de medicina tinham prejuízos causados pelo tratamento, as regras de Hipócrates se aplicam hoje de forma tão clara quanto há 2500 anos. Primeiro: não fazer mal nenhum, todo tratamento que pode ser benéfico, também pode ser potencialmente prejudicial e temos que estar muito atentos aos benefícios do tratamento, assim como temos que estar atentos aos possíveis prejuízos. Hipócrates também disse que é mais importante conhecer o paciente que tem a doença do que a doença que o paciente tem. Não focar apenas nos sintomas, não apenas no diagnóstico, mas entender a pessoa como um todo. E Hipócrates também disse que um terço dos pacientes melhora, uma vez que estão por conta própria, sem qualquer ajuda, apenas com o tempo.

Outros pacientes não melhoram mesmo com o tratamento, então, não devemos tratá-los em excesso, porque os danos se somarão sem benefício. Apenas um terço dos pacientes precisa de tratamento ativo, apenas um terço dos pacientes terá mais benefícios do que danos. Ele disse isso há 2500 anos e é uma das descobertas mais robustas e duradouras em toda a medicina, inclusive na psiquiatria. Ele disse que a maioria dos estudos tem uma taxa de resposta placebo de cerca de um terço, que a regressão da expectativa de tempo para a média é, muitas vezes, o que é necessário esperar em vez de intervenção ativa para a maioria dos problemas leves a moderados é um primeiro passo muito bom. Não funciona com problemas graves, uma vez que os problemas graves têm uma taxa de resposta muito baixa ao placebo, e são graves em virtude do fato de que os pacientes muitas vezes tentaram todos tratamentos e não melhoraram. É importante distinguir níveis de gravidade e tipos de sintomas e saber quando é melhor deixar o paciente melhorar por conta própria e quando é melhor introduzir a psicoterapia, e essas

etapas serão particularmente importantes com problemas mais leves, quando é importante e, às vezes, urgente instituir o tratamento rapidamente e isso será verdade para os problemas mais graves. E Hipócrates entendeu que, se você pode mudar o estilo de vida da pessoa, a maioria de suas recomendações não eram medicamentos, porque naquela época, e para a maioria dos 2500 anos subsequentes, a maioria dos tratamentos causam muito mais danos do que benefícios.

Então, Hipócrates frequentemente recomendava uma mudança no estilo de vida, uma mudança na dieta, uma mudança na geografia, ao invés de um tratamento que poderia causar mais danos do que benefício. E ao longo da história da medicina, se você pensar nos tratamentos que foram mais populares ao longo dos 2500 anos seguintes: tratamentos com sangria, metais pesados, venenos, tratamentos em medicina foram mais prejudiciais do que úteis, até bastante recentemente. E a maioria dos pacientes que melhoraram, melhoraram apesar da intervenção médica e, em vez disso, devido ao efeito placebo. Por isso temos que estar muito atentos às recomendações de Hipócrates: primeiro, não causar nenhum dano, conhecer o paciente, pensar sobre os fatores psicológicos e sociais, não se basear apenas em tratamentos biológicos. Hipócrates foi acrescentado por Galeno, que se concentrou em temperamentos e como a personalidade influencia o surgimento de doenças, o tipo das doenças e também seu tratamento. A pessoa mais impressionante na história da psicologia é Darwin, a maioria das pessoas desconhece isso. A propósito, Darwin passou cerca de cinco meses no Brasil, foi esse primeiro local de desembarque, onde ele desembarcou terrivelmente enjoado. No dia seguinte, a primeira coisa que ele fez foi escalar o Pão de Açúcar e deu uma descrição muito viva de sua geologia e ele passou cinco meses coletando amostras, porque tudo no Brasil era diferente de tudo que ele já tinha visto ou lido sobre na Europa, então abriu seus olhos para a variedade de vida, o que foi o início de sua compreensão da evolução. Mencionei Darwin como o maior psicólogo que já viveu primeiro com uma nota que ele escreveu na margem de seu caderno em 1837, e isso foi 22 anos antes de escrever seu primeiro livro "*A Origem das Espécies*", e o que Darwin disse, então, foi a declaração mais importante já feita em psicologia. Ele disse que, se quisermos entender psicologia temos que estudar babuínos, e não John Locke, não filosofia. O que ele entendeu, e foi uma visão incrível, foi que, assim como nossa morfologia ao longo da evolução é muito influenciada por nossos ancestrais animais, assim também é nosso comportamento é muito influenciado por nossos ancestrais animais. E o que fazemos e como agimos não é, geralmente, apenas

uma questão de livre arbítrio, temos instintos biológicos profundamente embutidos para fazer, para ser e para pensar e sentir como fazemos, e que os humanos não são tão diferentes dos animais, os animais são muito mais inteligentes e muito mais parecidos conosco do que imaginamos. Somos muito mais burros e muito mais parecidos com eles do que gostaríamos de pensar, e que, se realmente quisermos nos entender, temos que entender como os chimpanzés trabalham como outros primatas trabalham, como outras espécies pré-mamíferas trabalham, se entendermos seus comportamentos, nós entenderemos nossos comportamentos melhor e que muito do nosso comportamento é o resultado de processos inconscientes. Esse é o maior Insight da história da psicologia, nada se aproxima dele. Freud nunca conheceu Darwin, embora suas vidas se sobrepusessem, mas ele era completamente darwiniano, todos os seus professores em Viena, que Freud teve, tinham sido completamente darwinianos, e ele falava de Darwin sem estar ciente disso, assim como nós muitas vezes falamos de Freud hoje sem estarmos ciente disso. E a tentativa original de Freud era ser um biólogo da mente, e ele escreveu um artigo que nunca publicou em 1898 tentando descrever a neurologia do pensamento e do sentimento. Ele tinha sido um neurocientista de laboratório antes de perder suas bolsas, e teve que ir para a prática privada, e ele entendeu muito bem o que havia de mais moderno na ciência cerebral da época. Ele tentou aplicar essa compreensão de como o cérebro funcionava, o entendimento das experiências de seus pacientes na prática clínica em 1898, e ele percebeu que isso era impossível. E Freud deixou de ser um biólogo da mente, porque percebeu que os pacientes estavam expressando era um fenômeno psicológico e que suas experiências sociais e o crescimento delas, em suas atuais experiências sociais, eram muito importantes para moldar quem eram. Elas nasciam com instintos que influenciariam seu comportamento, mas esses instintos foram moldados de forma complementar com suas primeiras experiências de vida e, ao longo da vida, seria influenciado pelo contexto social. Então, Freud, Darwin, Galen, Hipócrates, todos esses eram teóricos biopsicossociais, e suas compreensões eram muito amplas, em vez de fechadas. Nos EUA, o modelo biopsicossocial tornou-se o modelo mais importante muito cedo, por causa do trabalho de Adolf Meyer, um psiquiatra suíço que, por não conseguir um emprego na Suíça, veio para os EUA no final da década de 1890 e foi o mais poderoso porta-voz da psiquiatria nos 40 anos seguintes. O presidente, primeiro do que se tornou a Columbia, e mais tarde, na Johns Hopkins. E ele tinha a visão mais ampla possível da natureza humana, sentia que só podíamos entender as pessoas ao escutarmos suas histórias de vida muito cuidadosamente, as narrativas de suas experiências, histórias

familiares, que poderiam ajudar a indicar tendências biológicas, mas histórias cuidadosas das experiências psicológicas da pessoa e de suas interações com outras pessoas e seu mundo. E Meyer moldou o modelo biopsicossocial na América, embora ele não lhe tenha dado o nome, a nomeação foi feita relativamente tarde, em 1977, por George Engel, e foi, por um tempo, de longe, o modelo mais predominante no campo, como veremos em breve, os reducionistas biológicos em psiquiatria tiveram uma influência adversa na redução do escopo do campo, mas o modelo biopsicossocial ainda permanece como a base da prática psiquiátrica.

Agora, o que dizer do reducionismo biológico, qual é a história disso? Já lhes contei a história do modelo biopsicossocial, qual é a história das tentativas de reduzir o modelo biopsicossocial em um modelo biológico ou modelo psicológico ou modelo social muito mais estreitos ou reducionistas. E vamos começar com o modelo biológico. Os incríveis avanços em neurociência, que aconteceram no século XIX, particularmente, na Alemanha e na Áustria, iniciaram a esperança de que pudéssemos reduzir todo o comportamento humano ao funcionamento nervoso. Conforme as pessoas começaram a entender como funcionam os nervos, à medida que a sinapse era descoberta, uma vez que a complexidade do cérebro era apreciada, como estudos evolutivos, e isso é o que Freud fez em seu trabalho neurocientífico, olhando para os sistemas nervosos de diferentes animais, em diferentes estágios de evolução, havia a sensação de que o cérebro era uma máquina, que todo o comportamento humano podia ser entendido numa base simplesmente materialista de disparos nervosos. Esse foi o mundo em que Freud se tornou um neurocientista, e essa foi a razão pela qual ele escreveu esse projeto de uma psicologia científica, esperando que ele pudesse usar a neurociência do período, para a qual ele tinha contribuído. Há alguma possibilidade de que Freud pudesse ter recebido o Prêmio Nobel por ter descoberto a sinapse, e havia lâminas, um corante usado para criar lâminas que foram nomeadas depois de Freud, mas ele percebeu que era um modelo incompleto.

As drogas psicoativas se tornaram populares a partir dos anos 50, todas elas foram descobertas puramente por acaso. O primeiro antipsicótico, Thorazine, foi descoberto porque estava sendo usado por um cirurgião como antiemético, em Paris, e ele notou que os pacientes que tomavam Thorazine não se preocupavam tanto com a cirurgia, muito menos ansiosos, e isso lhe deu a idéia, e ao seu cunhado que era um psiquiatra, de que talvez Thorazine poderia funcionar em pacientes psiquiátricos. O lítio foi igualmente

descoberto por acidente, praticamente, no trabalho com cobaias, na Austrália. Os inibidores IMAOs, usados para a depressão, foram descobertos porque eram drogas TB (drogas para tuberculose), e os pacientes que as recebiam pareciam ter uma melhora no humor, então nos anos 50 houve essa tremenda excitação sobre novas famílias de medicamentos psiquiátricos que poderiam ser muito importantes para melhorar os sintomas que eram resistentes a outras formas de tratamento, particularmente, nos pacientes gravemente doentes. Como resultado, esse psiquiatra biológico se tornou mais poderoso

O movimento da psiquiatria biológica estava muito além dos anos 70 e, assim como nos anos de 1800, o reducionismo biológico tornou-se popular porque havia novas formas de estudar o cérebro com lâminas. Nos anos 70, tornou-se mais popular porque as tomografias computadorizadas, as tomografias por emissão de positrões e as imagens por ressonância magnética foram todas inventadas naquela década, e essa parecia ser uma oportunidade incrível de vermos o cérebro funcionar e entender como ele funcionava, e talvez isso nos desse uma forma de entender as pessoas e o comportamento e os sintomas psiquiátricos. Ao mesmo tempo – ou quase – em que o DSM-III foi produzido, e isso prometeu ser um sistema confiável de diagnóstico psiquiátrico, e a esperança era que, com a combinação de um sistema confiável de diagnóstico, muitas ferramentas novas e valiosas na genética, na biologia molecular e na imagiologia, entendêssemos os segredos do cérebro e, portanto, os segredos do transtorno mental. Nos anos 80, havia muitos estudos que indicavam que esse ou aquele gene estava causando esquizofrenia ou transtorno bipolar, que eles nunca replicavam. E o que aconteceu, de fato, foi que o NIMH mudou de ser um Instituto amplo – e eu fiz parte de um comitê nos anos 80, que primeiro financiou a TCC, que primeiro financiou o DBT de Marsha Linehan para distúrbios de personalidade limítrofes, nos anos 80, o NIMH foi uma fonte de financiamento muito rica para estudos de psicoterapia e, também, para estudos de pesquisa dos serviços de saúde, de como poderíamos fazer a psiquiatria comunitária melhor, quais seriam os melhores métodos de desinstitucionalização. Contudo, a década de 1990 declarada “a década do cérebro” e, nos últimos 30 anos, o NIMH tem se concentrado apenas – quase somente – em estudos biológicos. Apenas 10% de seu enorme orçamento de mais de dois bilhões de dólares ao ano é gasto em pesquisa clínica, e eu acho justo dizer que toda essa incrível pesquisa que tem sido intelectualmente notável foi uma tremenda decepção, em termos de prática clínica.

O salto da pesquisa no cérebro para a prática clínica é enorme, saltar dos estudos genéticos para a prática clínica é enorme, e é justo dizer, eu acho que nem um único paciente foi ajudado por todas as pesquisas biológicas dos últimos 40 anos. Essa tem sido uma atividade intelectual tremendamente excitante, mas não tem sido produtivo em ajudar os pacientes. Então, eu penso que o reducionismo biológico é terrível, penso que o resultado disso tem sido ignorar as necessidades psicológicas dos pacientes, a psicoterapia é subfinanciada e, ainda pior, ignorar as necessidades sociais ambientais dos pacientes. E assim, nos EUA, agora temos 650.000 pessoas que estão sem teto ou vivem na prisão, e a razão para isso é que não financiamos bem os Centros Comunitários de Saúde Mental, fechamos os hospitais, o dinheiro que foi gasto com os hospitais deveria ser destinado para cuidar dos pacientes na comunidade, dando-lhes acesso ao tratamento e a um lugar decente para viver e, em vez disso, os centros comunitários não foram financiados por Ronald Reagan, por um partido austero que não estava interessado em cuidar das pessoas, estava mais interessado nos lucros corporativos e nos militares, e como resultado do desfinanciamento da saúde mental, os pacientes foram deixados sem nenhum cuidado e sem lugar para viver. Muitos deles foram presos por causa de um comportamento perturbador que poderia ter sido evitado, eles acabam na prisão, na solitária e passam períodos muito longos de tempo na prisão, o que é uma coisa horrível de se ver, cada paciente manchar as paredes com excrementos no confinamento na solitária, porque não recebem tratamento. É uma vergonha no campo, é uma vergonha na psiquiatria, poderia ser evitado se ao menos houvesse recursos suficientes para dar às pessoas com transtornos mentais graves, acesso fácil ao tratamento e ao local para viver. Trieste é o melhor lugar do mundo para se ter um transtorno mental, ou era até recentemente. Os EUA, eu digo que é o pior lugar, porque muitos de nossos pacientes gravemente doentes estão na cadeia, vivendo nas ruas. E até Trieste tem estado sob ataque e muitos de seus serviços foram cortados nos últimos dois anos, por causa de uma austeridade da ala da direita do governo, que não está disposta a fornecer cuidados por ser muito custoso. Gostaria que tivéssemos mais tempo para descrever isso.

O que podemos dizer sobre a revolução neurocientífica, que expandiu nosso conhecimento do cérebro, mas não expandiu nossas ferramentas clínicas, é que o cérebro é a coisa mais complicada conhecida no universo, que provavelmente existem cerca de 86 bilhões de neurônios no cérebro, há cerca de 500 trilhões de sinapses, que existem centenas de neurotransmissores, que nunca haverá uma maneira muito simples e fácil de

explicar o comportamento apenas se baseando nas redes de funcionamento do cérebro. E que temos que olhar muito além de um reducionismo biológico se quisermos entender nossos pacientes. E mesmo com o Alzheimer, que é o mais simples de todos os distúrbios para se entender, os pesquisadores da área têm prometido, há 40 anos, um teste biológico e ainda não têm um. Há 30 anos eles têm prometido tratamentos e nenhum dos tratamentos para o Alzheimer funciona, não podemos esperar que mesmo para esse distúrbio principalmente neurológico haja respostas simples. Não haverá uma resposta simples para a esquizofrenia, para a doença bipolar grave, depressão grave, e meu palpite é que cada um desses diagnósticos acabará por ser centenas de diagnósticos, pois temos maior compreensão da patogênese de que respostas biológicas simples para qualquer dos problemas de saúde mental são sempre erradas, mas os fatores biológicos, na saúde mental, são quase sempre importantes e são sempre importantes para doenças graves, que as pessoas com transtornos psiquiátricos graves sempre têm um componente biológico e quase sempre requerem medicação ou ECT, e que não devemos ignorar os fatores biológicos, porque é muito importante, não exclusivamente importante, mas muito importante, especialmente em distúrbios graves, mas não devemos elevá-lo como a única maneira de entender os pacientes.

Não vou gastar muito tempo com isso, mas a genética foi igualmente um fracasso, pois para todos os distúrbios psiquiátricos, há centenas de genes envolvidos, nunca é um simples gene ou dois genes ou três genes. Sempre que você tem centenas de genes envolvidos no distúrbio, e essas centenas de genes estão interagindo de forma complexa com o ambiente, tanto dentro da mãe fora da mãe, na infância, e depois para o resto da vida da pessoa, acontece que se descobre que os genes são quase inúteis para entender os distúrbios psiquiátricos. Então, a complexidade dos genes é quase tão grande quanto a complexidade dos nervos, e assim ambos falham em entender o comportamento do paciente. E, infelizmente, a maior parte do dinheiro que eu mencionei está sendo gasto em estudos dos nervos, estudos de imagem ou estudos de genes.

Os modelos psicológicos, em que passarei menos tempo, mas os modelos exclusivamente psicológicos têm sua origem moderna do filósofo John Locke, que Darwin contradizia. John dizia que nascemos como uma lousa em branco, tabula rasa, e que a forma como nós desenvolvemos era puramente o resultado de nossas primeiras experiências de vida. E os psicólogos comportamentais tinham o mesmo tipo de noção,

Watson e Skinner. Se você pudesse controlar o ambiente externo e os fatores relacionados ao condicionamento, você poderia influenciar e entender o comportamento, como se fosse apenas uma questão de influências psicológicas. Isso tem sua expressão moderna, hoje, em alguns psicanalistas dos EUA, que se concentram apenas em fatores psicológicos, na Sociedade Britânica de Psicologia, que parece pensar que tudo é o resultado da psicologia e dos traumas precoces e em terapias que se baseiam estritamente nas ideias de que toda psicopatologia adulta vem de traumas infantis. Freud, de fato, tinha esse modelo por volta dos anos de 1890, quando ele descobriu que muitos de seus pacientes descreveram experiências sexuais infantis e as relacionaram com suas neuroses atuais, ele percebeu que era mais complicado do que isso, que não podia ser que cada criança em Viena, que fosse neurótica, estivesse experiências sexuais infantis. O que acontece é que essa explicação reducionista da psicopatologia adulta se torna popular, e depois, cai em desgraça. É certamente um fato que o abuso sexual infantil acontece, os escândalos nas igrejas deixaram claro que não devemos ignorar o abuso sexual e físico infantil, que acontece, é certamente um fato que os resultados disso são, muitas vezes, problemas psicológicos longos e persistentes para as crianças, não todas, mas certamente não é verdade que essa seja a explicação para toda psicopatologia em cada paciente. E alguns terapeutas tendem a enfatizar tanto os traumas da infância que sentem falta de todas as outras complexidades de que temos falado e falaremos sobre.

O reducionismo social começou com o sociólogo Durkheim, no final da década de 1890, por volta da mesma época em que Freud estava trabalhando. E Durkheim era brilhante, o que ele fez foi analisar estatisticamente as taxas de suicídio ao longo do tempo e da geografia. O que ele descobriu foi que as taxas eram notavelmente constantes ao longo do tempo, em diferentes lugares. As taxas variavam muito, foram influenciadas pela geografia, pela religião, pela classe socioeconômica, mas permaneceram bastante constantes em qualquer área. Agora, essa é uma descoberta surpreendente que faz parte do início da visão estatística, que é muito importante para entender o comportamento humano, o ato mais pessoal que a pessoa pode cometer é o suicídio. A coisa mais pessoal que você pode fazer é se matar. E parece ser um ato bastante aleatório se você estiver falando de qualquer indivíduo, é impossível prever quem o fará exatamente, quando o farão, como o farão, é uma agulha no palheiro tentar prever o suicídio. Mas, se você pegar uma amostra suficientemente grande, você pode fazer previsões muito precisas sobre quantas pessoas em qualquer população o farão, e você pode apontar as variáveis que são

predictivas do grupo de pessoas que são mais suicidas. Você nunca pode prever quem o fará, quando, mas você pode prever quem está em alto risco. E isso está mostrando o tremendo impacto de fatores sociais, fica bem estabelecido que, quando há recessões econômicas e as pessoas estão desempregadas, a taxa de suicídio sobe muito. Fatores econômicos tem um vasto impacto no comportamento suicida, que nem todo comportamento suicida é psicológico e muitos comportamentos suicidas tem a ver com fatores sociais externos, e não apenas com a psicologia do indivíduo, nem todos que cometem suicídio tem um distúrbio psiquiátrico, especialmente nos jovens, que o fazem frequentemente de forma impulsiva, e nos idosos, que o podem fazer de forma mais racional porque estão cansados da vida.

Foucault viu a psiquiatria como uma ferramenta social imposta pelo sistema capitalista burguês como uma forma de reduzir a rebelião, e simplificou tudo a “psiquiatria é apenas uma ferramenta dos poderosos para suprimir os fracos”, assim, a psiquiatria está sendo louca e o paciente individual teve insights sobre o mundo louco, então não deveríamos vê-los como sendo eles mesmos sintomáticos, deveríamos vê-los como sendo pensadores lúcidos em um mundo que enlouqueceu. E esse ponto de vista fez menos sentido 40 ou 50 anos atrás do que faz agora, quando o mundo parece estar ficando bastante louco. Szasz, que era alguém que eu conhecia e com quem me comuniquei, escreveu um livro em 1961, no mesmo ano do livro de Laing, chamado “*O Mito da Doença Mental*”, ele viu o transtorno mental mais como uma metáfora do que uma coisa real, ele sentia que os pacientes não deveriam estar recebendo tratamento involuntário em nenhuma circunstância. Eu tive um jantar muito interessante com ele, e deve ter sido há quase 45 anos, no qual eu perguntei a ele “Tom, se você tivesse um filho ou uma filha que sofresse de um transtorno mental ou se tivesse uma depressão psicótica devido a tomar drogas ou um medicamento, você ficaria sentado e o assistiria se matando, porque você não iria querer interferir na liberdade dele, ou você interviria de qualquer maneira que pudesse para salvar sua vida mesmo que fosse contra a sua vontade?”, e Tom olhou para mim e, com o sorriso torto, disse: “você deve entender, Allen que em segundo, eu sou um libertário, mas primeiro, eu sou um pai”. Então a ideia de que nenhum paciente deve ser forçado a qualquer tipo de tratamento, não importa o que seja, é mais atrevido em sua teoria do que em sua própria prática, e isso é todo um outro debate. Mas os pacientes não devem ser forçados em tratamento quase sempre, mas há sempre exceções onde o tratamento será melhor que o suicídio ou será melhor que ir para a cadeia, e onde

uma pessoa pode não ter o julgamento para obter o tratamento necessário. Há um movimento agora que está aumentando em força, liderado por uma pessoa maravilhosa na Inglaterra, chamada Tanya Gergel – vocês deviam pesquisá-la – sobre diretrizes avançadas, que uma das melhores maneiras de evitar o problema do conflito entre um paciente que perdeu o julgamento e o trabalhador de saúde mental que sente que é importante que ele receba tratamento, a menos que algo terrível aconteça, são as diretrizes avançadas, que as pessoas, quando se recuperam de um episódio, indicam como gostariam de ser tratadas em seguida.

Até agora, dissemos que somos contra todos esses reducionismos e que éramos a favor de um modelo biopsicossocial que traz em consideração e integra todos os fatores que estão incidindo sobre o comportamento atual do paciente, e isso inclui todos os fatores psicológicos e sociais que ajudarão no tratamento. O que podemos fazer para resolver esse problema, nós devemos forçar o NIMH a mudar sua agenda de pesquisa para reduzir sua ênfase exclusiva em ser um instituto de pesquisa do cérebro para incluir muitos mais estudos de psicoterapia. O trabalho feito por Beck e por Marsha Linehan e o trabalho de TCC e TCD que financiamos, no início dos anos 80, tem ajudado milhões e milhões de pacientes, todos os estudos neuropsiquiátricos e estudos genéticos, desde então, não tem ajudado nenhum paciente. O NIMH deve continuar a pesquisa biológica, mas não deve focar exclusivamente nela. Temos que mudar a maneira como as pessoas são treinadas, nós precisamos desenvolver uma psiquiatria comunitária robusta, temos que nos preocupar com onde as pessoas vivem, quando temos tantos desabrigados mentalmente, doentes que nunca ficarão melhores enquanto estiverem desabrigados e podendo, muito bem, acabar na cadeia, porque são presos por gritarem na noite ou urinar em público. Temos que trabalhar no básico da vida, e isso pode ser feito em lugares dos países do norte, como Trieste e várias partes do mundo, se você se concentrar em fornecer um bom serviço comunitário, acesso fácil aos cuidados, sem listas de espera, um lugar decente para se viver, as pessoas melhoram. Não há nada de “ciência de foguetes” sobre psiquiatria ou saúde mental, nesse ponto, para os doentes graves. Se apenas fizermos o trabalho certo, e a questão é desenvolver o financiamento e as estruturas institucionais, e eles estão sendo constantemente atacados especialmente pela austeridade da ala de direita dos governos. Próximo slide, por favor. Eu acho que os programas de treinamento tendem a ser muito reducionistas, eles próprios tendem a ensinar um modelo e não outros modelos, é muito importante que os psiquiatras aprendam como fazer psicoterapia,

entender a psiquiatria comunitária, entender as variáveis comunitárias que impactam a saúde mental. É muito importante que os psicólogos entendam os aspectos biológicos dos distúrbios, e algumas das pessoas que conheci, que são as melhores na medicina, têm sido psicólogos. Eles entendem isso melhor do que a maioria dos psiquiatras. É muito importante que os assistentes sociais, os psiquiatras e psicólogos entendam o que é ensinado na escola de trabalho social e assistentes sociais entendam o que é ensinado aos psiquiatras e psicólogos, temos que integrar as profissões e integrar as formas de ver as coisas.

Uma das coisas que tem sido uma grande parte da minha prática ao longo dos anos é pacientes que foram desmoralizados, encaminhados porque nada funcionou e eles desistiram. E uma das coisas que notei ao longo desse tempo, é que entender como é importante que o tratamento, não apenas forneça o que é necessário biologicamente, não apenas forneça o que é necessário psicologicamente, não apenas lide com a situação social, mas também lide com o estado espiritual do indivíduo, o que lhes dá esperança. Esperança é a coisa mais importante no tratamento. Sem esperança, os tratamentos não funcionam: as pessoas não participam deles, isso reduz as expectativas e eles não funcionam. Como podemos dar esperança às pessoas, com a noção de que elas são valiosas, que suas vidas são significativas, de que não estão completamente sozinhas e é muito interessante que T. Beck, que desenvolveu a terapia cognitiva-comportamental, morreu há um ano, com 100 anos, e que fez tantas outras contribuições durante sua carreira, na última parte de sua vida, focada em como combinar a TCC com a recuperação (recovery). A recuperação se concentra na vida espiritual do paciente. Eu sou uma pessoa completamente não religiosa, mas tenho um sentimento espiritual quando vejo o sol brilhar e sinto o calor do sol em minha pele, quando sinto o cheiro do oceano, quando me sinto próximo de um neto, quando dou uma conferência que gosto de dar, como essa. As pessoas precisam de sentido em suas vidas e pessoas com transtornos mentais têm sido desencorajados por tantas experiências infelizes em suas vidas, que nossos tratamentos não devem se concentrar apenas em quem eles são, da perspectiva biopsicossocial, quem eles são e como eles se sentem sobre si mesmos como eles se sentem sobre o mundo, e inculcar um sentimento de esperança, onde antes, talvez, eles não tenham sido capazes de sentir.

Obrigado, de novo, e parabéns. Talvez o novo governo, se a legislatura permitir, proverá o tipo de suporte em saúde mental que nossos pacientes merecem e certamente precisam. Obrigado.

PAULO AMARANTE (LAPS/ENSP/ Fiocruz)

Muito obrigado, Allen Frances. É com muita satisfação, acho que trouxe muitas questões de reflexão para gente. Eu não falei, mas você sabe, eu sou psiquiatra de formação. Nesse encontro nós temos sempre procurado trazer muitas profissionais da área da psiquiatria, na medida que a psiquiatria é, talvez, o grande protagonista de todo esse movimento de que a gente chama de patologização, medicalização, de construção de políticas na área de saúde mental. É o principal ator ao mesmo tempo em que é o objeto das maiores críticas. O seu livro *Saving Normal* fala sobre a crítica vinda “inside”, a crítica vinda de uma pessoa de dentro, que conhece o processo de elaboração de diagnóstico, que conhece o processo de elaboração de políticas e que traz essa leitura crítica. A ideia agora não era exatamente fazer um debate público, nós vamos primeiro passar a palavra para Andrew Scull, o Fernando vai fazer essa passagem, essa apresentação, e o Robert vai fazer a mediação.

Eu, evidentemente, tenho muitas questões, muitas preocupações. Quando você fala das pessoas população de rua que têm transtornos mentais eu fico me perguntando até que ponto nós podemos decidir se elas são pacientes psiquiátrico, já que a psiquiatria tem uma fragilidade nos testes e trabalhos no Brasil sob dificuldade do diagnóstico, a estabilidade do diagnóstico, a baixa confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico, ou se são pessoas desfiladas despossuídas. Elas fazem xixi na rua, urinam na rua, por quê?! Porque não têm banheiro público, porque não têm acolhimento, porque não têm espaços de cuidado de acolhimento, porque elas não têm emprego, porque elas não são cidadãs, porque elas não são pessoas de direito e tudo mais.

Acho que você sabe, eu conheci Franco Basaglia pessoalmente, fui muito amigo de Franca publiquei Franco e Franca Basaglia aqui no Brasil, e escrevi semana passada um artigo sobre a Franca Basaglia. Achei muito curioso e gostei, por sinal, que o Basaglia não tivesse naquela lista do reducionismo social, um dia ou talvez depois do longo desse debate, você responda sobre isso. Muito embora, eu acho que a questão fundamental do reducionismo é quando você coloca em crise o saber que está produzindo, por exemplo:

do reducionismo biológico, o fundamental não é falar só da biologia, mas considerar que a biologia se reduz aos processos neuroquímicos, considerando que hoje a biologia pensada por Humberto Maturana, por Francisco Varela, e por outros grandes é uma das ciências mães da complexidade, da ideia de complexidade. Não é que não tem um elemento biológico, mas como que o elemento biológico e o psicossocial, que nós dividimos e agora não conseguimos rejuntar, eles fazem parte de uma complexidade de procedimentos que são simultâneos, se dão a um só tempo. A divisão mente e corpo, depois mente, corpo e social, acabou fazendo com que a gente não consiga mais pensar a unicidade.

Muito obrigado, eu espero que você possa vir, assim como o Andrew, o Bob, a Sarah, em breve acabará mesmo esse período da chamada pandemia, e espero que passando o período do pandemônio político aqui no Brasil, que a gente possa fazer um outro seminário presencial, nos encontrar.

Obrigado Allen, seja bem-vindo. Andrew, novamente, obrigado.

FERNANDO FREITAS (LAPS/ENSP/Fiocruz)

Obrigado Paulo. Agora, vamos iniciar uma parte muito importante nesse nosso seminário, que é o diálogo, é uma troca de ideias, um debate entre duas figuras importantíssimas nesse cenário da psiquiatria, da assistência em saúde mental. De um lado o Andrew Scull, um ilustre historiador; e por outro lado, alguém do campo propriamente dito, que é o Allen Frances com todo o seu renome internacional, a sua importância histórica, a sua importância para a ciência. Na mediação tem, nada mais nada menos, que Robert Whitaker, já conhecido entre nós brasileiros, digo brasileiros porque o Bob costuma estar entre nós seja nos seminários, seja em eventos da própria Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME). As pessoas já leem bastante os livros do Bob, particularmente, o *Anatomia de uma Epidemia*, traduzido para o português, editado pela Editora Fiocruz. O Bob como um editor chefe e o criador do Mad in America, comunidade Mad, nós temos o prazer de ser um dos afiliados com Mad in Brasil. Paulo e eu somos ele co-editores da edição em português, e Bob é jornalista experiente em mediar debates. Por favor, a palavra está com você.

ROBERT WHITAKER (Jornalista, Editor-Chefe do Mad in América/EUA)⁷

Obrigado por essa simpática introdução. Eu só quero dizer ao Paulo, Fernando e outros amigos no Brasil, que eu gostaria de estar aí, sempre foi um prazer estar aí e ser tratado tão bem. Só queria dizer parabéns por esse sexto seminário, porque eu acho que o que vocês estão fazendo no Brasil tem implicações e as questões que você está levantando – além do Brasil – são questões que estão sendo levantadas em todos os lugares. Então, parabéns por fazer esse sexto seminário.

O que eu pensei que faria, em termos de abertura dessa discussão, é meio que levantar uma grande questão, que estava no centro desse seminário, e depois, cada um de vocês ter uma chance de responder ou expor seus pensamentos. Definitivamente, seria bom se pudéssemos obter perguntas da audiência e, talvez, Fernando possa, se você quiser, pode levantar as questões e escolher as perguntas.

Então, o título desse seminário foi, basicamente, o fracasso do modelo biomédico psiquiátrico e o que ouvimos hoje cedo foi algo um pouco diferente de um modelo biomédico. O que ouvimos, primeiramente, de Andrew foi sobre mudanças de paradigma, em essência, quando ele cobriu a história e depois, em 1980, com a publicação do DSM-III, que nos deu um modelo muito biológico, realmente, nos deu um modelo de doença; e Allen, você falou de um modelo reducionista biológico, eles têm, basicamente, o mesmo tipo de termos. É verdade que esse é o modelo a partir do qual o público organizou seu pensamento, do que nos foi dito a partir dos anos 80, que essas eram doenças discretas do cérebro, que ouvimos falar durante aquela época dos anos 80 e 90, como os medicamentos concertavam desequilíbrios químicos, o que é um modelo de doença e um grande avanço nos cuidados, e isso era o que nós pensávamos. Os pais se perguntavam se as crianças tinham TDAH ou não, e então tudo estava realmente localizado dentro da cabeça da pessoa e nós, realmente, não prestamos tanta atenção às partes psicossociais disso.

⁷ 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).

O que eu também ouvi de vocês dois é que, Andrew, você concluiu que a situação é bastante sombria agora, em Psiquiatria, com resultados, falta de progresso, falta de conhecimento, etc. Pessoas sem-teto, há uma carga crescente de transtorno mental em cada sociedade, então, parece que atingimos uma espécie de espaço sombrio do tempo. Pelo que eu entendi de você, Allen, é que se nós pudéssemos recuperar um pouco do pensamento anterior, que era mais robusto em torno de um modelo biopsicossocial, não é bem tão sombrio e poderíamos fazer mudanças que poderiam tomar o rumo em uma nova direção ou, pelo menos, uma direção melhor. Pois, aqui está o que eu gostaria de pedir a cada um de vocês para abordar: estamos em um momento em que precisamos de uma mudança de paradigma em nosso pensamento, e quando eu digo “nosso pensamento”, estou falando do que é dito à sociedade, como a sociedade organiza seus pensamentos. Precisamos de uma mudança de paradigma ou precisamos de algum tipo de moderação? E o que eu ouvi dizer, mais ou menos, entre vocês dois, foi que precisávamos de uma expansão do pensamento. O que ouvi com o Allen, e é uma forma muito mais sofisticada de se pensar, é que, talvez, precisássemos de um *reset* completo da forma como pensamos. Estou apenas dizendo como é que eu ouvi, vocês podem mudar isso.

Então, eu peço para que cada um de vocês aborde essa questão e, enquanto vocês o fazem, há algumas coisas específicas que eu penso que o público gostaria de saber, e também ouvimos essa manhã. A primeira é como devemos pensar sobre essas coisas? São doenças ou não? Quero dizer, Allen, você estava elaborando uma coisa robusta, mas que tipo de mensagem deveria ser comunicada ao público, como devemos pensar sobre essas coisas? Segundamente, o que está acontecendo com o DSM? Ouvimos essa manhã o que Sarah enfrentou, basicamente, era prejudicial para ela ser tão diagnosticada, porque isso comunicava a ela uma sensação como de um senso de identidade e, na verdade, uma sensação de estar cronicamente doente e desesperançada. E eu acho que todos nós concordamos que esses não foram validados como distúrbios discretos, então, como parte dessa pergunta: há danos quando você tem um DSM que governa o pensamento diagnóstico e, realmente, leva ao tratamento? Se não for validado, você precisa se livrar do DSM? E se assim for, como devemos falar ou categorizar esses problemas? E então, a terceira parte é o repensar do uso de drogas psiquiátricas, o que eu ouvi de Allen foi que dentro desse doente mental grave, eles têm um bom lugar sólido, o que ouvimos de Andrew é que, mesmo com os antipsicóticos, e ele citou o estudo CATIE, algo como dois terços, realmente não poderia tolerá-los, e é claro que você tem pessoas expostas aos

muitos danos dos antipsicóticos. Então, eu acho que dado que temos tido uma forma de cuidado tão centrada em drogas nos últimos 40 anos, nós deveríamos repensar isso?

Eu me pergunto se eu tenho uma citação aqui, eu tenho uma citação aqui de Nassir Ghaemi, que todos vocês reconhecem como uma pessoa bem conhecida nesse mundo, e ele escreveu isso em um artigo recentemente, sobre medicamentos psiquiátricos: benefícios assintomáticos de curto prazo não deveriam ser considerados para prover a doentes de longo prazo, modificando os benefícios em psiquiatria. Uma vez que a maioria dos medicamentos são sintomáticos, em outras palavras, eles tendem a criar sintomas, eles devem ser usados, principalmente, a curto prazo em vez de longo prazo, e em doses mais baixas, o que é um bom repensar, e ele estava estendendo isso também aos antipsicóticos e, ao longo dessa linha de repensar, Allen, você falou sobre Hipócrates, mas eu acho que você disse que um terço se beneficia, um terço, não, um terço se prejudica, não se aplica aos principais transtornos mentais, como psicose. Então, essa é a grande questão para cada um de vocês, e espero que depois de vocês abordarem esses elementos, então, possamos realmente abri-la, ou talvez deixar um pouco entre cada um de vocês, se vocês tiverem perguntas um para o outro, e depois abri-la à audiência. Então, talvez, Andrew, você vá primeiro, já que falou no início da manhã.

ANDREW SCULL (Sociólogo – Universidade da Califórnia)

Tudo bem, muito obrigado, Bob. Obrigado a você e ao Fernando, por me convidarem para essa ocasião, acho que tem sido um seminário muito produtivo até agora. Espero que Allen e eu possamos ter uma discussão produtiva. É difícil de debater, porque, em muitos aspectos, minha posição não é muito diferente da de Allen, há algumas diferenças de nuance, e estou menos otimista, pois você disse corretamente, Bob, sobre as armas que temos à nossa disposição para lidar, particularmente, com as formas mais severas do transtorno mental.

Muito do que Allen tinha a dizer ressoou com os temas que eu falei logo de manhã e, certamente, você encontrará em meu livro “*Desperate Remedies*”. Eu concordo absolutamente sobre os perigos do pensamento monista, de balançar de um a outro, como Leon Eisenberg disse, de uma psiquiatria sem cérebro para uma psiquiatria sem mente. Ambas são coisas que, me parece, devem ser evitadas. Eu ficaria surpreso, talvez

espantado seja uma palavra melhor, se para as formas mais severas de transtorno mental, se revelasse que nós não temos algum componente biológico lá, mas a verdade é que, nesse momento, não sabemos qual é esse componente. Se você perguntar quais são os marcadores biológicos da esquizofrenia, da desordem bipolar, da depressão maior, nós não sabemos. E isso sugere, se aceitarmos que pode haver uma dimensão biológica importante para o que estamos vendo, para o sofrimento, que deve haver uma ênfase contínua sobre pesquisa biológica básica. Mas concordo plenamente com Allen, o trabalho em genética e o trabalho em neurociência não produziu nada de valor clínico até agora.

Eu não sei se Allen concordaria com isso, mas minha leitura das descobertas genéticas é que elas sugerem que um modelo categórico de transtorno mental pode precisar ser abandonado. Há uma sobreposição significativa nos elos genéticos fracos que vemos no distúrbio mental, entre as várias formas que antes pensávamos que seriam distintas, e há figuras como Robin Murray e Jim van Os, que argumentam que a esquizofrenia, por exemplo, é um diagnóstico que vai desaparecer dentro de 10 anos, a partir de agora. Uma das razões que eu acho que podemos ter algumas diferenças é que eu não sou muito um ludita tecnológico, e eu concordaria que, para alguns pacientes, as drogas que foram desenvolvidas nos anos 50 e mesmo algumas das que vieram mais tarde, para alguns pacientes, têm algum valor. Acho que todos nós sabemos, no entanto, que esses medicamentos estão associados a sérios efeitos colaterais em muitos pacientes, a propósito da invocação de Hipócrates por Allen, esses três grupos aparecem quando olhamos para as formas como os medicamentos funcionam ou não. A literatura sobre antidepressivos, por exemplo, é um pouco confusa pelo fato da grande indústria farmacêutica ter se comportado muito mal e ocultado dados, manipulando-os e enfatizando os dados positivos e disfarçando os negativos. Mas é verdade que praticamente todos os estudos controlados que li (alguns de vocês podem ter lido muito mais do que eu, mas tendo olhado para os da metanálise) quase sempre os antidepressivos produzem um movimento um pouco melhor em escalas de classificação como a escala de Hamilton. Mas as diferenças de que estamos falando aqui não são enormes para o paciente médio e há alguma questão de quão clinicamente significativos eles são, por outro lado, os inconvenientes desses medicamentos, e ouvimos de Sarah essa manhã, um de seus caminhos de volta a alguma aparência de saúde e normalidade tem sido tomar antidepressivos, e ela não pode sair deles, o que é um fenômeno muito comum.

Se olharmos para os antipsicóticos, além do fato de que o estudo CATIE não mostrou que os medicamentos da nova geração tiveram melhor desempenho em geral, os efeitos colaterais daqueles, particularmente: o ganho maciço de peso, os problemas associados com distúrbios metabólicos, diabetes, doença cardíaca, são efeitos colaterais muito graves. E, como eu sei, Allen estará ciente de que as principais farmacêuticas abandonaram, em grande parte, o trabalho adicional nessa área, então essa é a fonte do termo. Temos medicamentos que, na melhor das hipóteses, aliviam alguns sintomas, nós não deveríamos ignorar o valor disso, mas isso vem, normalmente, a um preço alto. Eu acho que eles são um grupo de pacientes para os quais os efeitos colaterais são relativamente toleráveis e o alívio sintomático que as drogas fornecem é significativo, e para esse grupo, as drogas têm algum lugar, sem ambiguidade. Há um grupo no meio, no qual o equilíbrio entre o dano que as drogas causam e o alívio sintomático que elas fornecem é muito equilibrado, e é muito difícil saber o que se deve fazer nesse caso. E, finalmente, há um grupo considerável de pacientes para os quais as drogas simplesmente não funcionam, e isso não é apenas uma questão de “leve e moderada versus grave”, para pacientes com esquizofrenia grave, os antipsicóticos são um curativo, não são nenhuma forma de penicilina psiquiátrica.

Então, eu diria que concordo enfaticamente com Allen, que a NIMH se aventurou por um caminho muito unilateral e prejudicial tentando preencher essa missão. Na verdade, estou bastante surpreso em ver que houve um artigo sobre o livro de Thomas Insel, “*Healing*”, no New York Times, falando sobre ele como o psiquiatra norte-americano e pedindo conselhos sobre onde deveríamos ir, e eu pensei “mas o legado dele de 13 anos na NIMH foi gastar 20 bilhões de dólares e não conseguir essencialmente nada”, no que diz respeito ao trabalho clínico. E seu sucessor, Josh Gordon, é um especialista cuja própria pesquisa é sobre o cérebro de camundongos, e eu acho que há motivos suficientes para ser muito cético sobre a capacidade de transferir o que sabemos sobre animais como camundongos e ratos e seres humanos. Eu acho que o transtorno mental não é algo facilmente transponível através da espécie dessa forma. É um problema enormemente complicado, e uma das minhas outras razões para estar muito preocupado com a situação atual, é que o *Community Care* foi uma farsa, desapareceu quando os asilos desapareceram, com alguns dos abusos internos que aqueles deram origem a alguns que eu falei essa manhã, mas também aqueles pacientes tinham um teto sobre sua cabeça, tinham comida e roupas, em alguns casos, eles tiveram acesso a certos programas sociais.

Quando eles desapareceram, nada lhes sucedeu substancialmente. E isso é algo que aconteceu, não por causa de iniciativas iniciais de psiquiatras, embora houvesse alguns líderes de torcida na profissão para a psiquiatria comunitária, isso realmente aconteceu por razões muito mais amplas, razões sociais e econômicas. E na medida em que a profissão é culpada pelo que vemos, eu acho que é mais por causa de seu silêncio, de sua cumplicidade nesse processo de abandono que vejo ao meu redor.

Allen vive muito perto de mim, na verdade, em Coronado, se andarmos pelas ruas do centro de San Diego, ou San Francisco, ou Los Angeles, ou Nova York vemos muito os resultados dessa política. Eu falei na Associação Psiquiátrica Americana alguns anos atrás, quando sua reunião foi em San Francisco, e quase literalmente as pessoas que iam para o salão de convenções estavam pisando em psicóticos na calçada para entrar na reunião. Então, para sermos otimistas sobre as coisas, queremos dizer “sim, abordagens biopsicossociais seria muito melhor do que a atual, cuja ênfase unilateral é biológica”, mas transformar as coisas verdadeiramente exigirá viver em uma sociedade que trate as pessoas vulneráveis, que sofrem, com compaixão e com recursos reais e, infelizmente, estou muito – sabe, você falou sobre as eleições, Allen –, eu estou excessivamente preocupado e estou certo de que você deve estar sobre a direção que podemos tomar em uma semana ou mais, quando essas eleições estiverem completas.

Então, mais uma vez, acho que parte das razões que me fazem parecer menos otimista do que vocês, é que eu acho que a política social está se movendo, desde há muitas décadas, em uma direção antiterapêutica, e eu não vejo muitos sinais de uma correção por aí, drogas, na medida em que elas têm um lugar ou, na melhor das hipóteses, um band-aid, algo que ajude “um pouco”, mas não resolve o problema. E a perspectiva de drogas melhores parece estar diminuindo, e eu não vejo onde essa dimensão social e psicológica da Psiquiatria virá. As recompensas, se você estiver na Psiquiatria acadêmica, acumulada de pessoas que recebem grandes subsídios, aqueles grandes subsídios da NIMH não estão vindo para pesquisas biopsicossociais, eles estão vindo para pesquisas “bio-bio-biopsicossociais”, e eu acho que é provável que isso persista, como eu vejo no futuro previsível. Talvez eu deva deixar Allen ter uma chance de falar e, então, talvez, nós possamos nos engajar mais um com o outro.

ROBERT WHITAKER (Jornalista, Editor-Chefe do Mad in América/EUA)

Eu só quero dizer uma coisa, eu pensei que para virar esse navio para um outro lado, seria necessária uma mudança na política social, você não pode, simplesmente, esperar que a psiquiatria faça isso.

ANDREW SCULL (Sociólogo – Universidade da Califórnia)

Sim, exatamente. Isso seria supor que a psiquiatria tem realmente a capacidade de mudar essas coisas. Ela poderia ajudar expressando a necessidade delas, mas em si mesma, obviamente, não controla os recursos. Quero dizer, foi alertado ao público, no início dos anos 80, que a psiquiatria pública estava em perigo de desaparecer, e de muitas maneiras, isso é exatamente o que aconteceu. Assim, as pessoas cortaram as pessoas até mesmo das formas de intervenção que temos, e não devemos operar com todas elas novamente. Gostaria de enfatizar, acho que a TCC e seus análogos podem ter um lugar, mas geralmente, Allen, eu os vejo como muito mais úteis nos casos mais leves e moderados de transtornos mentais, e os mais sérios... sabe, as ferramentas que temos que enfrentar são tristemente inadequadas ao vasto, não que eles não tenham nenhum valor, mas eles estão muito longe de ser o que você e eu gostaríamos de ver, eu suspeito.

ROBERT WHITAKER (Jornalista, Editor-Chefe do Mad in América/EUA)

Obrigado. Então, Allen, sobre você, há uma coisa que eu também gostaria que você abordasse, já que você acabou sendo um dos arquitetos do DSM-IV, que é: que lugar o DSM tem em termos de avanço? Ouvimos essa manhã, não sei se era bem cedo onde você estava, mas Sarah Fay estava falando sobre como a forma que diagnósticos do DSM foram apresentados, foi prejudicial para ela, porque eles removeram a esperança, colocando-a nessa categoria de ter uma doença crônica, esse tipo de coisa. Então, como você diz sobre olhar para a narrativa com a qual temos nos organizado, para as suas falhas, o que é o seu pensamento sobre qual nova narrativa precisa estar por aí para virar o navio para o outro lado. Eu sei que você é mais otimista do que Andrew, mas, de qualquer...

ALLEN FRANCES (Psiquiatra, Professor e Ex-Presidente do Departamento de Psiquiatria da Duke University)

Não, não...vamos ser claros: eu não sou mais otimista do que Andrew, eu não sou mais otimista que qualquer um. O Brasil evitou, por menos de dois por cento, se tornar um Estado fracassado ontem, os EUA podem facilmente se tornar um Estado fracassado em algumas semanas. Os problemas de mudança climática do mundo estão sendo agravados, a humanidade parece ser uma espécie fracassada, que não podemos nos unir para lidar com problemas comuns. Não estou otimista, certamente não estou otimista sobre o mundo, sobre a espécie ou sobre a psiquiatria. Mas acho que, dado o mundo em que vivemos, não podemos ser impotentes. E Edmund Burke disse, há 220 anos: “o maior erro que um homem pode cometer é não fazer nada, porque ele só pode fazer pouco”, e nós temos que descobrir o pouco que podemos fazer. Em primeiro lugar, acho que o terrível estado da psiquiatria nos EUA, que é pior do que quase em qualquer lugar do mundo, a psiquiatria ajudou nisso, mas não é causado pela psiquiatria, é causado por fatores políticos, que estão fora do controle de qualquer um. Psiquiatra, de certa forma, é muito fraca, e é lobbying, mas se tivesse o melhor lobbying do mundo, e se esse tivesse sido seu único problema, eu duvido que teria tido muito efeito.

Os problemas nos EUA – eu quase concordo com Andrew, em quase tudo, mas há nuances de diferenças. Uma nuance de diferença é que eu acho você disse que o *Community Care* era uma farsa. Eu vivi isso nos Estados Unidos, eu o vivi visitando muitos lugares. Não é uma farsa, é muito eficaz. Foi eficaz nos Estados Unidos. Eu trabalhei em Centros Comunitários de Saúde Mental no início da minha carreira e eles foram brilhantes. O impacto inicial das contas de Kennedy, que permitiram que a irmã de Kennedy tivesse um terrível tratamento de lobotomia, ele se sentiu culpado, foi parte de seu esforço para desenvolver Centros Comunitários de Saúde Mental, e em 1963 eles foram financiados, mas eles foram financiados apenas em meio período, temporariamente. E o que Reagan fez foi retirar esse financiamento em 1980. Nos anos 60 e 70, os EUA foram o melhor exemplo de psiquiatria comunitária no mundo, e as pessoas da Itália vieram para os EUA para aprender psiquiatria comunitária. Falhamos, não porque, de repente, a psiquiatria simplesmente se tornou biológica, que era parte dela. Falhamos, não apenas porque o DSM se concentrou nos indivíduos e não na comunidade, que fazia parte dela, mas uma pequena parte dela. O verdadeiro problema foi que o financiamento para os centros foi retirado, e a menos que as comunidades comecem a gastar dinheiro em psiquiatria, em vez de prisões, isso vão continuar. Há alguma esperança de que haveria uma mudança, bem, certamente, se for uma administração

republicana, é improvável. Mas há a esperança de que isso mude com o tempo, mas as mudanças não virão com a psiquiatria, os melhores defensores da mudança são os policiais e os delegados, que estão inundados de problemas de saúde mental nas ruas e nas prisões. Uma parte do motivo que os policiais atiram tão rápido é, talvez, a seleção de policiais, talvez seu treinamento, talvez o fato de que eles atiram na matança, e não deveriam fazer isso. Mas grande parte do problema dos policiais nos estados, é que eles assumem que cada pessoa que veem pode estar mentalmente doente e muito fortemente armada, e eles têm medo. E eu acho que eles estão pressionando por mudanças, e a pressão deles por mudanças tem muito mais influência do que os psiquiatras pressionando por mudanças. As pessoas que não querem os pacientes à sua porta estão levantando uma tremenda pressão política sobre prefeitos de todo o país sobre os desabrigados, e você não pode mudar o desabrigo sem mudar a estrutura de saúde mental. A disponibilidade de tratamento e moradia é a única maneira de colocar as pessoas fora das ruas, você também tem que mudar a estrutura econômica, você não pode ter todos os aluguéis de apartamentos subindo porque o *Private Equity* é dono de todos os apartamentos que estão levantando os aluguéis. É um problema político, é um problema correcional, é – parcialmente – um problema psiquiátrico e temos muito pouca influência sobre ele. Os tribunais estão cada vez mais tentando fazer programas de desvio para manter os pacientes psiquiátricos fora da prisão e em programas mais específicos para eles. Novamente, todos esses esforços são tímidos e muito pequeno, o problema é enorme, e se as eleições forem do jeito que têm sido, ninguém no seu perfeito juízo pode ser otimista. Mas essa é a situação. A psiquiatria comunitária não é uma farsa quando é bem-feita.

ANDREW SCULL (Sociólogo – Universidade da Califórnia)

Bom, deixe-me dizer, eu não discordo disso. Mas como você sabe, Allen, e como você acabou de admitir, na medida que esses centros comunitários foram úteis, foi muito mais uma ajuda de curto prazo, porque o financiamento sumiu, e eles desapareceram. Então, por um breve momento, realmente antes da alta em massa de pacientes, porque os pacientes com alta em massa chegam atrasada, nos anos 60, 70 e 80. Por um breve momento, parecia que isso alimentou a narrativa de que poderíamos substituir os armazéns de custódia por algo que mantivesse as pessoas mais em contato com sua sociedade e sua comunidade. Mas, infelizmente, isso simplesmente não persistiu, e desde então, foi uma confusão acelerada, em minha opinião.

ALLEN FRANCES (Psiquiatra, Professor e Ex-Presidente do Departamento de Psiquiatria da Duke University)

Não persistiu, principalmente, por razões políticas. Foi a administração de Reagan que levou os dólares que eram destinados a ser específicos para os centros comunitários de saúde mental e os colocou em doações em bloco.

ANDREW SCULL (Sociólogo – Universidade da Califórnia)

Exatamente. Parte do problema é que os pacientes psiquiátricos não estão em posição de serem bons defensores para si mesmos, assim, em um sistema político, eles ficam presos no final da fila.

ALLEN FRANCES (Psiquiatra, Professor e Ex-Presidente do Departamento de Psiquiatria da Duke University)

O mais triste é que Trieste tem, há 45 anos, o melhor sistema do mundo. Com centros comunitários de saúde mental adequados, maravilhosos alojamentos, pacientes tendo uma carreira, porque eles dirigem seus negócios, e os pacientes podem fazer parte. Lá eles têm negócios com jardinagem, eles tinham um negócio envolvendo o pessoal de hotelaria, também de restaurante, então o paciente tinha uma carreira a trilhar, era o melhor sistema de saúde mental do mundo. A OMS fez dele seu sistema modelo, havia uma conferência todos os anos, e cerca de 500 participantes vinham de todo o mundo, havia 80 programas *spin-off* em muitos países diferentes em todo o mundo, e isso está sendo encerrado agora, e para isso, bastou um governo de direita austero assumindo. Então, é difícil criar esses sistemas, não intelectualmente, é muito simples criar intelectualmente, é difícil colocar o compromisso da comunidade com o financiamento e com o modelo. Se você o fizer, e é feito muito bem nos países do Norte, é feito bem na Alemanha, é feito bem na França, é feito bem em muitas partes do mundo, se você o fizer, aí a psiquiatria comunitária não é uma farsa, não é perfeito, mas é o melhor que temos.

ANDREW SCULL (Sociólogo – Universidade da Califórnia)

Sim. A Grã-Bretanha está entrando em outra era de austeridade e podemos ter certeza de que as condições de saúde mental vão piorar drasticamente, como resultado. Estamos realmente mapeando a diferença entre países que têm uma rede de segurança

desenvolvida, um sistema de bem-estar social adequado e sociedades que dependem do mercado. O mercado é um lugar muito cruel para se estar, para muitos da população. E, infelizmente, quando isso causa um retrocesso político, muitas vezes assume a forma, hoje em dia, de um populismo de direita. Quero dizer, você falou da polícia e da raiva nas cidades entre as mais abastadas, com a crise dos sem-teto, mas isso vai levar a uma resposta humana ou vai significar mais uma resposta de repressão e um resultado pior nesses aspectos?

ALLEN FRANCES (Psiquiatra, Professor e Ex-Presidente do Departamento de Psiquiatria da Duke University)

Na Dinamarca, quando há um aumento do desemprego, não há aumento na taxa de suicídio. A razão é que eles têm uma rede de segurança social muito boa. Eu acho que o mundo está indo na direção errada, todos os indicadores apontam para uma situação política cada vez pior para as pessoas com transtorno mental, mas ainda temos que fazer o que pudermos para combater isso. E em se tratando das drogas, eu acho que o grupo de comparação para drogas psiquiátricas não é a perfeição, as drogas na medicina em geral, e as drogas em medicina em geral estão muito ultrapassadas. Estamos muito ultrapassados, e a ideia de que, se você for a um médico por um problema médico, você vai receber um medicamento que vai ser maravilhoso, mas se você for a um psiquiatra para um problema psiquiátrico, você vai receber um medicamento que vai ser terrível e prejudicial. A relação risco-benefício dos medicamentos na medicina não é boa em todas as áreas, é melhor em algumas áreas, com certos problemas, do que em outras. Mas existem variações fantásticas e em muitas áreas da medicina, como tratamentos do câncer, para o qual existem alguns medicamentos milagrosos e a maioria dos tratamentos para câncer são bem venenosos.

ANDREW SCULL (Sociólogo – Universidade da Califórnia)

Exato. Quero dizer, há sobreposições, penso eu, no desespero de pacientes e clínicos, vejo isso na oncologia e vemos na psiquiatria. As pressões são, de alguma forma, parecidas e nós só temos a oferecer medicamentos com eficácia parcial, óbvio, em ambas as áreas, mas eu concordaria com você, nós temos uma noção muito inflada do que a medicina pode fazer a respeito das doenças. Existem algumas balas mágicas, penicilina e

semelhantes, antibióticos para certas formas limitadas de doenças, que curam, de fato, e curam efetivamente e não sem efeitos colaterais, mas efeitos colaterais toleráveis. Mas essa é a exceção, ao invés de regra.

ALLEN FRANCES (Psiquiatra, Professor e Ex-Presidente do Departamento de Psiquiatria da Duke University)

Acho que o risco-benefício, o problema que temos nos EUA em maior grau, mas em grau significativo em todo o mundo, é que a relação risco-benefício dos medicamentos é absolutamente terrível para pessoas que estão muito ligeiramente doentes ou nem mesmo doentes, na vida cotidiana. Agora, 80% dos medicamentos para elas são prescritos por médicos de cuidados primários, e isso é verdade em todo o mundo, que a maioria dos medicamentos psiquiátricos é prescrita por médicos de cuidados primários, para esse grupo de pacientes, na maioria das vezes. Eles não assistem pessoas que estão gravemente doentes, de fato, eles veem as pessoas para as quais seria melhor uma espera assistida pelo médico ou psicoterapia. Mas como eles podem tirar o paciente do consultório rapidamente? Eles escrevem uma receita. Portanto, os pacientes que deveriam estar menos recebendo a receita, estão recebendo mais medicamento do que os 20% de norte-americanos que estão recebendo o medicamento psicotrópico, do que um terço e um quarto, talvez menos, que estejam gravemente doentes, a maioria das pessoas recebendo remédios nos EUA não precisam disso. Mas é uma conveniência promulgada pelas empresas farmacêuticas; promulgadas por médicos descuidados, que querem tirar um paciente do consultório; promulgada por pacientes que queriam uma solução em pílula e podem não ter acesso à psicoterapia. Estamos fazendo o tratamento prejudicial para os pacientes que menos precisam dele, agora, por outro lado, quando você está lidando com pessoas que estão gravemente doentes, e eu passei minha carreira com milhares de pessoas gravemente doentes, a ideia de que os medicamentos estão fazendo mais mal do que bem para os gravemente doentes é muito exagerado. Haverá pessoas, e Bob tem uma espécie de contingente um grupo de pessoas, de grupo apreciável, que são tratados e diagnosticados em excesso. E não há dúvida sobre o fato de que, para esse grupo de pessoas, a medicação foi muito mais prejudicial do que útil, e eles não deveriam ter tomado a medicação que tomaram por tanto tempo, ou a alta dose, o diagnóstico não ajudou. No entanto, há outro grupo muito maior de pessoas, que vemos no meu círculo, de pessoas que são, de fato, gravemente doentes, e sem o tratamento sintomático de

medicamentos, que é imperfeito, o que não é específico em muitos aspectos, mas sem esse tratamento, é muito provável que elas acabem na cadeia, muito provavelmente, sem casa e, portanto, não há uma resposta certa sobre as drogas serem boas ou ruins e, em seguida, se atribuídas seletivamente para as pessoas que realmente precisam delas, para as quais elas são essenciais, essa distribuição das drogas de forma promíscua, como são frequentemente usadas em todo o mundo, têm um risco muito maior.

ANDREW SCULL (Sociólogo – Universidade da Califórnia)

Acho que uma das estatísticas surpreendentes que vi, é que entre as mulheres de meia-idade, cerca de 20%, estão tomando antidepressivos.

ALLEN FRANCES (Psiquiatra, Professor e Ex-Presidente do Departamento de Psiquiatria da Duke University)

40%, é 40%.

ANDREW SCULL (Sociólogo – Universidade da Califórnia)

40%. E sabemos que é uma ideia terrível, e você está certo. Então, um dos efeitos perniciosos da revolução psicofarmacológica é que as pílulas podem ser facilmente espalhadas, podemos ver esse processo de alastramento diagnóstico, que você atacou, quando estava falando do DSM-5, essa força-tarefa. É fácil, para a penumbra, tornar-se parte do núcleo e cada vez mais pacientes são sugados para um regime de tomar as coisas e, particularmente, com os ISRS, muitas vezes descobrem que não podem sair deles. E então, eles estão realmente presos, e eles não deveriam estar tomando os comprimidos, em primeiro lugar. Então, eu acho que concordamos nisso, eu diria que minha leitura, e é claro que você tem infinitamente mais experiência clínica do que eu, porque eu não tenho nenhuma, mas minha leitura da evidência é que, sim, eles são bastante vitais para alguns pacientes com transtornos mentais graves, mas há um grupo de não respondentes que não pode ser ignorado. E eles têm os efeitos colaterais sem nenhum benefício óbvio, e então, há um grupo no meio, no qual realmente é uma questão de julgamento clínico, se os benefícios superam os custos, os benefícios que existem, mas também, ganho de peso maciço que traz um distúrbio metabólico e diabetes.

ALLEN FRANCES (Psiquiatra, Professor e Ex-Presidente do Departamento de Psiquiatria da Duke University)

É realmente importante perceber que os medicamentos não funcionam para muitas pessoas, e quanto mais graves seus problemas, menos eles parecem funcionar, porque você não tem uma taxa de resposta placebo. Então, para pessoas com problemas graves, os medicamentos podem funcionar em 40% ou 50%, mas apenas 10% de placebo, certo? Então, você tem uma proporção de quatro para um, cinco para um. Se você estiver falando de problemas mais leves, os medicamentos funcionam 60%, 70% das vezes, mas a taxa de resposta com placebo é de 30% ou 40%. Se você tiver problemas realmente leves, então a taxa de resposta com placebo sobe para 50%, a taxa de resposta parece ser de 70%, o medicamento parece ótimo, mas a maior parte dessa resposta é placebo. O problema é confundir a resposta placebo com a resposta real, se você receber um medicamento de seu médico no pior dia de sua vida, há uma chance muito boa de você se sentir melhor em duas semanas, se você tiver o medicamento ou não, você não saberá a diferença. E as pessoas permanecem no medicamento por muito tempo, o que faz crescer a dificuldade e isso não tem sido suficientemente reconhecido, e eu acho, novamente, que vai para a ideia de que temos que ser específicos, o medicamento não é todo bom, nem todo ruim. Um último ponto, Bob, e eu vou deixar você seguir: a ideia sobre a literatura. A literatura realmente é bastante terrível, quando se trata de estudos de medicamentos, em parte, porque tem sido muito influenciado pela indústria farmacêutica, em parte porque a maioria dos pacientes e estudos não são os pacientes de que estou falando. Os pacientes realmente gravemente doentes nunca entram nesses estudos, eles estão muito doentes para estarem nos estudos, eles não conseguem obter consentimento, eles são muito suicidas, eles têm muitas comorbidades.

A literatura que mostra muito pouca diferença entre antidepressivos e drogas ativas tem sido feita na população de pacientes aos quais eu menos gostaria de dar o medicamento.

ROBERT WHITAKER (Jornalista, Editor-Chefe do Mad in América/EUA)

Então, muito obrigado por essa discussão. Eu quero dizer uma coisa sobre cuidados comunitários, eu quero dizer que foi interessante o que vocês disseram sobre Trieste, sobre as coisas sociais serem tão importantes. Vocês falaram sobre ter sentido na

vida, percursos de carreira disponíveis, então, em termos de tentar encontrar uma solução e avançar, as coisas que dão sentido às pessoas, como uma carreira, um lugar na vida, pode ser tão importante, e apenas para dar um pouco de contexto para o Brasil, o Brasil criou um programa comunitário muito progressivo, eu acho que o nome do programa é CAPS, que eu acredito que está tendo alguns problemas de financiamento sob o governo Bolsonaro, então, um pouco da experiência da Itália também foi a experiência do Brasil, porque o Brasil, na verdade, tinha um sistema muito progressivo, começando, eu acho que com o Paulo Amarante, que realmente ajudou a criar uma nova lei de saúde mental no Brasil, que era muito progressiva.

Então, certo, obrigado, eu acho que foi ótimo, algumas diferenças de opinião sobre os medicamentos, eu certamente compartilho algumas dessas diferenças de opinião, mas é bom tê-las por aí. Então, Fernando, você pode dar algumas perguntas para Andrew e Allen, do Brasil, da audiência.

FERNANDO FREITAS (LAPS/ENSP/Fiocruz)

Muitas perguntas do público, mas eu vou aproveitar da minha posição para fazer a primeira pergunta. A pergunta eu faço é para o Allen e para o Andrew, é a respeito de uma experiência que certamente eles conhecem muito bem, e no Brasil também uma parte do público já começa a conhecer, é a experiência nos anos 60, em plena revolução psicofarmacológica de Pranzini, que é a experiência de *Soteria House*. A experiência que faz fazer uma comparação entre os resultados obtidos em *Soteria House* e os resultados alcançados no Centro de Saúde Mental com o mesmo tipo de população ou com critérios semelhantes, critério semelhante de diagnóstico e diagnóstico muitas vezes graves os resultados em *Soteria* parece que eram bem superiores aos obtidos em um centro de saúde mental, em *Soteria House* as drogas psiquiátricas não estavam no primeiro plano, por que isso? Porque que isso, essa experiência que hoje tem Vermont, Jerusalém por que essa experiência não ganhou importância explorando as razões para eficácia de *Soteria House*. É a pergunta, depois que eu vou começar a fazer a do público.

ALLEN FRANCES (Psiquiatra, Professor e Ex-Presidente do Departamento de Psiquiatria da Duke University)

Eu conhecia e gostava de Loren Mosher, e acho que a ideia boa, o problema é que não é realmente escalável. Não vai ajudar grandes populações. O que precisamos é do

“feijão com o arroz”, que são os centros comunitários de saúde mental, precisamos de moradia disponível. E acho que pode haver uma pequena porcentagem da população à qual algo como as Casas *Soteria* poderia ser útil, mas não será uma solução em escala nacional.

ANDREW SCULL (Sociólogo – Universidade da Califórnia)

Em algum sentido, se você olhar para a história da psiquiatria, há uma série de coisas, se você olhar para o *York Retreat*, por exemplo, o lugar de onde o tratamento moral vem, não acho que eles inventaram suas histórias de como os pacientes ficaram muito melhores, naquele ambiente de apoio, com muita atenção pessoal e individualização do que precisava ser feito para convencer alguém a voltar a um certo grau de autocontrole e sanidade. Mas o problema foi exatamente como você descreveu a Casa *Soteria*, que se mostrou impossível de ser escalado. E quando os primeiros hospitais do Estado foram construídos, por exemplo, pouco a pouco, as próprias coisas que eram vitais para o sucesso do sistema desapareceram, acabou com instituições que tantas vezes não foram prejudicadas, bem como ajudaram e, muitas vezes, prejudicaram mais do que ajudaram. Então, eu acho que esse é um problema contínuo, com todas essas coisas, temos que nos perguntar do que estamos falando. Eu acho, obviamente, que abrigar, alimentar, vestir são necessidades humanas vitais, mas há outra que eu acho que é muito importante, quando estamos falando dessa ou de qualquer outra população, que é a necessidade de contato humano e de sentido na vida, a que você se referiu, no final, como espiritual, mas é realmente, sabe, o isolamento que, tantas vezes, se sobrepõe como resultado de graves sofrimentos mentais, que exacerba o problema e o torna tão difícil de se escapar. É onde, na medida que grupos de pares podem ajudar, essa é uma das maneiras de estabelecer, eu não sou alguém que pensa que isso é uma panaceia, mas que pode ajudar. Acho que, Allen, eu concordaria com você, não podemos esperar por nirvana, por alguma grande solução que resolva esse enorme problema. Se pudermos fazer progressos incrementais, se pudermos ajudar as margens, isso é progresso, não devemos desdenhar isso e devemos trabalhar para isso, na medida do possível, e muito disso é um problema político maior do que um problema psiquiátrico.

ALLEN FRANCES (Psiquiatra, Professor e Ex-Presidente do Departamento de Psiquiatria da Duke University)

Sim, eu recomendaria a você, Andrew, e ao público, que lesse o último livro de T. Beck, que fala sobre modificar a TCC para lidar com a esquizofrenia. A TCC não vai curar a esquizofrenia, mas usando técnicas de TCC e ajudando a pessoa a traçar objetivos, encontrar significado e o que fazer na próxima semana, pode ter um enorme efeito. Uma grande parte da morbidade psiquiátrica é a desmoralização, é a desistência, a desesperança, e eu acho que T. Beck encontrou uma forma de combinar. Ele não está dizendo que está curando a esquizofrenia, mas está ajudando as pessoas a viver com ela.

ANDREW SCULL (Sociólogo – Universidade da Califórnia)

Sim, sim...e até que descobramos muito mais sobre as raízes patológicas subjacentes do problema, é isso que deveríamos estar nos esforçando para fazer. Eu acho que é por isso que, quando você e eu falamos sobre a necessidade de deixar para trás a “bio-bio-biopsiquiatria” para uma abordagem mais equilibrada, isso traz elementos como aqueles que definitivamente não curam, mas mesmo assim melhoram a vida das pessoas que estão, de outra forma, em circunstâncias desesperadas.

ALLEN FRANCES (Psiquiatra, Professor e Ex-Presidente do Departamento de Psiquiatria da Duke University)

Você vai ao ponto de Bob, sobre o DSM e sobre... eu acho que nunca teremos bons biomarcadores para a maioria avançada dos transtornos mentais, e acho que nunca teremos um sistema de diagnóstico que seja perfeito para a maioria das pessoas que vemos, mas o fato de o DSM ser tristemente carente não significa que seja inútil. E, novamente, sou contra todas as posições unipolares, eu sei que ele é falho mais do que qualquer um no mundo. Qualquer um que defenda o DSM não sabe muito sobre suas falhas, por outro lado, qualquer um que apenas ataca diz que há um sistema melhor, não há sistema melhor, ele precisa ser usado com julgamento, com cuidado e modéstia.

ROBERT WHITAKER (Jornalista, Editor-Chefe do Mad in América/EUA)

Então, como o Paulo pediu, eu vou deixá-lo falar. Ele estava com a mão levantada, se estiver tudo bem para vocês, eu vou adicionar sua voz aqui, Paulo.

PAULO AMARANTE (LAPS/ENSP/ Fiocruz)

Obrigado, Bob. Eu queria comentar a questão que o Fernando trouxe e aproveitar, também, para falar o que o Bob falou sobre a lei de saúde mental. Eu tenho consultado a possibilidade de trabalhar com um deputado, com pessoas da área do Ministério Público da Justiça, juízes... de fazer atuações tanto do âmbito legislativo para enfrentar esse problema da medicalização, das patologizações e dessa, digamos, relação institucional da psiquiatria com a indústria farmacêutica, e outros interesses. Temos uma frente parlamentar nacional em defesa da reforma psiquiátrica, temos frente parlamentares estaduais, temos um movimento político importante do Brasil, que precisamos desdobrar e disseminar essas questões. Quando Fernando fala de *Soteria*, eu conheci o Loren Mosher lá em Trieste, fundador da primeira *Sotero*, ele foi diretor do Instituto Nacional de Saúde Mental. Eu acho que a questão do psicotrópicos no tratamento dos transtornos mentais, da mudança do modelo existencial, é um dos mitos criados pela indústria farmacêutica com a corporação psiquiátrica, que muito antes dos psicofármacos da década de 50 já existiram experiências revolucionárias no campo da saúde mental. As nossas experiências aqui no Brasil (vou aproveitar para divulgar depois o nosso catálogo das experiências fizemos na comunidade aqui de Manguinhos), com arte e cultura, deslocaram as pessoas do lugar de doente, portador de transtorno mental, para o local de protagonista, de artista membro de uma cooperativa e militante do movimento direitos humanos. Isso fez com que elas construíssem o que Allen falou: o significado para sua vida, diferente daquele do lugar de portador de quem assumiu o diagnóstico.

Vou deixar uma pergunta: como essa relação perversa de mancomunação entre a Indústria farmacêutica e os laboratórios, de tal maneira que a formação psiquiátrica, os congressos, as revistas, publicações e as pesquisas sejam contaminadas, que a gente não sabe, efetivamente, o que é produzido para o uso benéfico ou maléfico dos medicamentos. Parece que tudo passa pelo diagnóstico e tudo passa pelo bom ou mau uso do medicamento psiquiátrico e não de outras possibilidades de vida, de lidar com essa diversidade. Não é legal o sofrimento psíquico, mas não se pode reduzir a uma explicação psiquiátrica, até porque até hoje ela não conseguiu se demonstrar na biologia e nem em outras teorias. Obrigado Fernando, obrigado Bob, vocês, o Allen e o Andrew.

ROBERT WHITAKER (Jornalista, Editor-Chefe do Mad in América/EUA)

Andrew ou Allen, quem gostaria de responder ao Paulo?

ANDREW SCULL (Sociólogo – Universidade da Califórnia)

Allen, não sei se você conseguiu escutar, mas no final desse longo discurso e interrogatório, a questão levantada foi sobre um envolvimento das farmacêuticas na geração de pesquisa psiquiátrica, e a forma como isso custa a dúvida sobre a legitimidade das descobertas. Um resumo disso, que provavelmente compartilhamos, é se estamos olhando para a medicina baseada em evidências ou para a medicina tendenciosa, uma vez que sabemos de ações judiciais, não apenas sobre drogas psiquiátricas, você pode olhar para Vioxx como mais um excelente exemplo de efeitos colaterais sendo ocultados ou minimizados, ou de um dado sendo escolhido a dedo. E o fato, agora, quando olhamos para testes controlados, eles geralmente são cruzados nacionalmente, eles envolvem múltiplos centros, o único grupo que vê todos os dados é a empresa que os possui, e temos alguma razão para suspeitar o quão honestamente isso é transferido para o domínio público, na literatura publicada. Então, eu não sei, se você tem algo que gostaria de dizer sobre isso, que me pareceu ser a substância da pergunta.

ALLEN FRANCES (Psiquiatra, Professor e Ex-Presidente do Departamento de Psiquiatria da Duke University)

As empresas são pura maldade. Não se deve acreditar em nada do que elas dizem, não acreditem em seu marketing e nem em suas pesquisas, são pura maldade. O problema é que eles estão fora do campo há cerca de 15 anos, as empresas farmacêuticas perceberam antes do resto do mundo que não há respostas fáceis, nós não vamos ter um sistema perfeito nos próximos cem anos. Eu não acho que vamos entender mais do que uma pequena porcentagem de esquizofrenia ou depressão maior daqui a 100 anos. Eu acho que esses problemas são muito complexos, e elas sabiam disso, tanto que saíram do mercado. O problema é que o mal que elas fizeram persiste, então elas influenciaram, institucionalizaram o uso de medicamentos para as pessoas erradas, e agora só há uma inércia, um impulso próprio, e é a maneira mais natural de praticar, para médicos de cuidados primários em todo o mundo e para psiquiatras fazerem uma polifarmácia.

ANDREW SCULL (Sociólogo – Universidade da Califórnia)

Sim, eu concordaria com tudo que foi dito, e suspeito que Bob também. Esses não são bons atores e isso é, de fato, baseado no que sabemos dos processos judiciais e descobertas, uma arena na qual muitas coisas horríveis aconteceram. E elas sofreram alguns danos de reputação, foram multadas em bilhões de dólares, mas elas podem ver isso como apenas o custo de fazer negócios. E elas, essencialmente, retiraram-se da arena agora. Na medida que nós conseguirmos melhores drogas, eu suspeitaria que Allen será algum pequeno startup, que tem uma ideia original e produz algo que funciona um pouco melhor do que o que nós temos.

ALLEN FRANCES (Psiquiatra, Professor e Ex-Presidente do Departamento de Psiquiatria da Duke University)

Também o FDA foi submetido à captura regulatória, de modo que algo que obtém aprovação federal de medicamentos, os Estados Unidos é mais uma ferramenta de marketing das empresas farmacêuticas, que elas fornecem 75% do orçamento para a FDA, elas controlam a FDA, a área onde eles estão fazendo pesquisas muito ativamente é Alzheimer, e tudo o que eles estão dizendo sobre Alzheimer é completamente “*hype*”. Se eles estão vendendo demais cada descoberta de pesquisa, não há nenhum medicamento eficaz para Alzheimer e não há nada que me pareça estar caminhando para ter uma razoável relação custo-benefício de risco.

ANDREW SCULL (Sociólogo – Universidade da Califórnia)

De acordo. E houve aquela decisão vergonhosa de liberar o medicamento Biogen, pela qual, na minha opinião, algumas pessoas deveriam ir para a prisão, porque liberaram uma coisa muito prejudicial, que provavelmente causará muito mais danos do que benefícios aos pacientes. Ficou claro que foi isso que seus próprios consultores científicos lhes disseram e eles foram sobrescritos, presumivelmente por razões políticas e, novamente, de volta para a minha tese de “*Desperate Remedies*”, você tem a Associação Alzheimer e lobistas, em nome desse exigente acesso a tratamentos, mesmo que esses tratamentos possam, realmente, ser ativamente prejudiciais, precisamos controlar as expectativas do público de que alguma cura milagrosa está chegando aí, infelizmente não está. Quero dizer, qualquer um que tenha encontrado um amigo ou parente próximo com demência crescente reconhece a condição terrível que isso é, uma das coisas mais assustadoras que posso imaginar que me aconteça, há uma variedade de coisas terríveis

lá fora, mas uma das piores é uma que, aparentemente, te deixa intacto fisicamente para o mundo externo, mas sem nada acontecendo por trás dos olhos.

ROBERT WHITAKER (Jornalista, Editor-Chefe do Mad in América/EUA)

Fernando, temos outras perguntas?

FERNANDO FREITAS (LAPS/ENSP/Fiocruz)

Gilca Alves: “poderiam falar um pouco mais sobre o que é terapia comunitária?”

ALLEN FRANCES (Psiquiatra, Professor e Ex-Presidente do Departamento de Psiquiatria da Duke University)

Bem, na verdade, eu acho que o Brasil teve visitas de Basaglia anteriormente, e não é realmente complicado. O sistema de Trieste tinha quatro grandes comunidades, centros de saúde mental que eram como clubes sociais, eles eram lindos. As pessoas podiam trazer suas famílias para almoçar e jantar lá, eles estavam abertos 24 horas por dia, sete dias por semana, sempre tendo pessoal de plantão. A taxa de admissão ao Hospital Geral baixou para quase zero em Trieste, eles tinham apenas cinco leitos hospitalares para 200.000 pessoas, em parte porque tudo podia ser tratado no Centro de Saúde Mental Comunitário, e se a pessoa estivesse tendo um dia ruim, ela podia dormir lá naquela noite, tinha algumas camas de descanso para a pessoa que estivesse tendo um dia ruim, ou se a família simplesmente precisasse de descanso, ela podia dormir no Centro de Saúde Mental Comunitário e não ser internada no hospital. O pessoal era suficiente para que as pessoas tivessem atenção, eram seres humanos e a ideia era - e as pessoas recebiam medicação, mas a medicação, quanto menos medicação, mais você fornece apoio psicossocial, algumas pessoas precisavam de muita pouca medicação sob essa atenção próxima. E se você se saísse bem no programa, eles o colocariam para trabalhar para que você tivesse uma carreira. Eles tinham sorte, eles tinham vantagens, Trieste é uma cidade com uma população em declínio, por isso eles têm muitos lugares para as pessoas viverem. Eles têm muitos empregos para as pessoas, porque a população está envelhecendo e eles precisam de pessoas para trabalhar. Quando Los Angeles tentou criar um modelo Trieste em Los Angeles, o que eles começaram a fazer, cerca de seis ou sete anos atrás, eles se depararam com todos os tipos de problemas políticos e logísticos, e o programa não está acontecendo agora. Então, é muito difícil de escalar, mas há cerca de

80 programas diferentes ao redor do mundo, eu visitei vários deles. Nenhum deles é tão perfeito quanto o de Trieste uma vez foi, mas todos eles são tremendamente melhores do que qualquer outra coisa que eu já vi.

ANDREW SCULL (Sociólogo – Universidade da Califórnia)

Um enorme problema, eu acho que você concordaria, Allen, é o NIMBYISM (“Not In My Back Yard”, que significa “não em meu quintal”). A ideia de que você vai desenvolver um desses centros em qualquer outro lugar diferente das áreas mais prejudicadas de nossas cidades é recebida por uma oposição furiosa, e isso é enormemente difícil. É por isso que quando falo de cuidados comunitários, eu digo, bem, há uma ausência de cuidados, principalmente, a comunidade à qual essas pessoas são devolvidas é a parte mais disfuncional de nossa sociedade, na maioria das vezes. E é realmente difícil conceber que as pessoas melhorem, se esse for o seu destino. Eu penso que se tivémos lido a literatura, estamos todos cientes de que há programas que foram desenvolvidos e há muito senso comum, como você indicou, e eles parecem funcionar, mas nunca são replicados em grande escala, eles não são escalados e, geralmente, quando o carismático fundador desaparece da cena, as coisas começam a degenerar, infelizmente.

ALLEN FRANCES (Psiquiatra, Professor e Ex-Presidente do Departamento de Psiquiatria da Duke University)

Acho que isso é verdade, mas se você olhar para os países escandinavos, os programas são institucionalizados. O NHS era excelente antes de começar a ser privatizado e da austeridade de 10 anos atrás. Isso pode ser feito, não é “ciência de foguetes”, só é preciso dinheiro e pessoas trabalhando.

ANDREW SCULL (Sociólogo – Universidade da Califórnia)

Sim, concordo. Concordo.

ROBERT WHITAKER (Jornalista, Editor-Chefe do Mad in América/EUA)

Então, uma das perguntas que está na plateia está relacionada ao novo entusiasmo por psicodélicos, ketamina e cannabis como medicamentos e soluções. Portanto, quais são seus pensamentos sobre o uso dessas... não que elas sejam as mesmas, mas essas são as perguntas. O que dizer sobre essas outras drogas?

ALLEN FRANCES (Psiquiatra, Professor e Ex-Presidente do Departamento de Psiquiatria da Duke University)

Eu investiguei isso por tempo. A história da psiquiatria está cheia de tratamentos mágicos que funcionam muito bem no início e, depois, não se sabe. A ketamina está realmente sendo financiada muito pesadamente por capital privado e pessoas ricas. Há clínicas sendo abertas em toda a América que cobram muito dinheiro, com base em uma pequena quantidade de evidências, estudos muito tendenciosos, de muito curto prazo, a MDMA, os estudos envolvendo esse tipo de “ecstasy” foram feitos sob condições completamente descontroladas que não fazem sentido, você não pode controlar, para um psicodélico, como qualquer outra substância. E as pessoas que entram no estudo com expectativas de que terão uma experiência psicodélica e não a têm, ficarão desapontadas. Portanto, as diferenças que estão sendo relatadas são muito pequenas, provavelmente devido ao viés, tanto do pesquisador quanto do paciente, e também muito exagerado pelas toneladas de dinheiro que serão feitas. E aqui está o que é terrível: toneladas de dinheiro que serão gastas nesse tratamento, dinheiros que não será gasto em Centros Comunitários de Saúde Mental, que estão gravemente doentes.

Um tratamento que quase não tem benefício será muito recompensado e financiado, em parte porque as pessoas terão seguro ou podem pagar do bolso. Os doentes muito graves ou uma população que é cara para tratar e não pode pagar por seu próprio tratamento, esses são negligenciados.

ANDREW SCULL (Sociólogo – Universidade da Califórnia)

Sim. Eu acho que essa é quase, certamente, uma repetição de uma história muito antiga. Eu falei de comas de insulina curando 80% de esquizofrenia, convulsoterapias, o mesmo, comercializado como uma grande intervenção. A evidência por trás dessas coisas não é controlada, é cínico, de muitas maneiras, há clínicas de infusão que têm lidado com quimioterapia para pacientes com câncer, e agora estão vendo isso como um tipo muito

lucrativo de margem e, como de costume, temos pessoas leigas que falam sobre isso como um benefício extraordinário, e eu acho que é uma tendência muito preocupante, que não vai resolver os problemas dos doentes mentais graves e, provavelmente, não vai, sabe, você para algo como ketamina – o que era isso? Era uma droga de festas, como “*special K*”, as pessoas ingeriam isso porque afetava temporariamente seus humores. Às vezes na direção da psicose, às vezes na direção das experiências que acharam prazerosas, não há evidências de longo prazo de que essas coisas farão qualquer diferença substancial para a saúde mental das pessoas.

ALLEN FRANCES (Psiquiatra, Professor e Ex-Presidente do Departamento de Psiquiatria da Duke University)

Há, também, a questão da segurança, que sob condições muito controladas, com populações altamente selecionadas e muita atenção, você reduz o risco. Quando eu pelas salas de emergência, quando a *Special K* era muito popular nas ruas, e vi muitas tentativas de suicídio, vi um paciente arrancar seu próprio olho sob a influência da *Special K*, uma substância muito perigosa quando não controlada. Quando há toda essa publicidade, de que ela muda sua vida e quando custa 2500 dólares para se obter o tratamento, muitas pessoas vão comprá-la nas ruas, sob uma situação muito menos controlada, as pessoas que menos podem ser confiadas a uma droga como essa, devido ao seu aspecto arriscado, são as mais susceptíveis de serem prejudicadas.

ANDREW SCULL (Sociólogo – Universidade da Califórnia)

Amém.

ROBERT WHITAKER (Jornalista, Editor-Chefe do Mad in América/EUA)

Acho que Paulo Amarante tem outra pergunta relacionada ao DSM. Paulo, você quer perguntar pessoalmente?

PAULO AMARANTE (LAPS/ENSP/ Fiocruz)

É uma pergunta do chat dos participantes, querem saber o que esperar do próximo DSM se com essas críticas do Allen Frances toda e outros o que esperar do próximo DSM uma redução uma mudança ou uma ampliação das categorias patológicas que que você

pode esperar o que está sendo, eles que conhecem os processos como está sendo o que que pode vir ocorrer?

ANDREW SCULL (Sociólogo – Universidade da Califórnia)

Allen, eu acho, sabe, que você é o arquiteto de um momento, por assim dizer, do DSM-IV, acho que você pode assumir essa. E a questão era o que podemos esperar da próxima edição do DSM, será que ele vai levar em conta críticas como a sua e de Robert Spitzer, será que ele vai expandir ou diminuir, o que provavelmente vamos ver?

ALLEN FRANCES (Psiquiatra, Professor e Ex-Presidente do Departamento de Psiquiatria da Duke University)

Quem sabe? Mas eu acho que o passado não é um prólogo muito encorajador para o futuro, nesse caso. Eu penso que o DSM-III foi um esforço muito útil. O DSM-IV não foi quase necessário, se pudéssemos ter evitado fazer isso, deveríamos ter feito isso, ficado com o DSM-III todos esses anos. Foram muito poucas mudanças para fazer um novo sistema valer a pena os riscos envolvidos. O problema com cada iteração é a tendência de expandir o sistema. Então quando começamos o DSM-IV, eu estava muito preocupado com esse risco, e começamos a exigir uma grande quantidade de provas para fazer qualquer mudança. Você tinha que ter uma revisão muito completa da literatura, você tinha que ter reanálise dos conjuntos de dados existentes e você tinha que ter provas de teste de campo que o pegariam pela garganta antes de fazer uma mudança. E o problema com isso é que não podíamos eliminar as coisas que estavam no sistema, porque você tinha que ter muitas provas para se livrar de coisas que não deveriam estar lá em primeiro lugar, mas a vantagem era que havia quatro 94 novas sugestões de diagnóstico e nós aceitamos apenas duas delas. Aquelas duas sugestões que fazem todo o sentido naquela época saíram pela culatra.

Bipolar II é um diagnóstico muito sensato, até que seja abusado pelas empresas farmacêuticas e as pessoas que têm ligeiras alterações de humor estão, de repente, usando antipsicóticos. O transtorno de autismo fez com que a perfeita expansão do Asperger fizesse todo o sentido, porque a apresentação clássica era tão rara e queríamos filtrar, sugerimos que aumentaria a taxa de distúrbio autista em três vezes, e isso pareceu ok. Ao invés disso, parcialmente por causa de Wakefield e a ideia de que a vacinação causou

autismo, e tipos loucos de alvoroço sobre o novo diagnóstico, tornou-se um meio social. A taxa de transtorno do autismo aumentou rapidamente 40 vezes em apenas alguns anos, e subiu, desde então, ainda mais alto. As pessoas não mudam rápido, os sistemas de diagnóstico mudam muito rapidamente e a maneira como as pessoas os usam pode ser influenciada pelas empresas farmacêuticas e outras forças que têm uma razão para que eles sejam mal utilizados. Então, para o DSM-5, o problema foi que lhes foi dado um quadro em branco, em vez de você ter que fazer um estudo muito cuidadoso antes de você adicionar um diagnóstico, foi dito a eles que fossem criativos e que tivessem uma mudança de paradigma, e eles incluíram muitos diagnósticos novos que são mais prejudiciais do que úteis. O CID-10 não tinha orçamento, o DSM tinha um orçamento muito grande, é como a Guerra do Vietnã, eles tinham um orçamento muito grande e por isso eles fizeram muitas mudanças, porque eles tiveram tempo para renovar o sistema mais do que fazia sentido. A OMS não tinha orçamento, virtualmente nenhum orçamento, e por isso eles deixaram os especialistas tomarem todas as decisões e eles adicionaram ainda mais diagnósticos, fizeram-no ainda mais frouxo, então, do meu ponto de vista, nós estamos em um mundo no qual estamos super diagnosticando pessoas com problemas cotidianos na vida e sintomas emocionais leves, mas não devemos diagnosticar. Estamos negligenciando pessoas com problemas graves, e todas as tendências no mundo estão aumentando isso. O fluxo de DSMs está aumentando, coisas como o tratamento com ketamina estão aumentando isso, as pessoas que têm muita cobertura, que veem muitos médicos, recebem muito tratamento, as pessoas que não têm cobertura e esses porta-vozes recebem muito pouco. E duvido que o DSM-VI será uma correção. Acho que a única maneira de lidar com esse problema é ser muito cauteloso no uso do sistema, é muito fácil diagnosticar em excesso, e não faz sentido fazer isso. É muito melhor fazer um “subdiagnóstico” do que você sempre mudar o diagnóstico, à medida que você conhece melhor o paciente. Quando eu estava na Argentina, naquela mesma viagem há alguns anos, ao Brasil, eles estavam falando de um conceito maravilhoso para escrever seu diagnóstico DSM a lápis. Escrevê-lo a lápis.

Não leve a sério um diagnóstico inicial que é feito em 20 minutos. Você precisa ver o paciente ao longo do tempo, você precisa de tempo em cada sessão, um diagnóstico deve evoluir, não deve ser feito rapidamente. E muitas das pessoas que Bob viu, que estão muito chateadas com seu tratamento psiquiátrico, foram diagnosticadas muito rapidamente e agressivamente, cedo demais, contra a forma hipócrita de fazer as coisas.

Se você assistir e esperar, muitos dos sintomas desaparecerem, o diagnóstico não parece quase tão ruim, o diagnóstico em adolescentes é feito de forma exageradamente rápida, e eu acho que quanto mais cautelosos formos ao usar o sistema, o melhor uso faremos dele. Por outro lado, o sistema é ainda útil. Usá-lo bem é uma solução.

ANDREW SCULL (Sociólogo – Universidade da Califórnia)

Acho que precisamos fazer uma pausa no que o diagnóstico faz pelas pessoas, tanto pelo médico que as trata, quanto pelo paciente, pela sua família. Você está diante de algo que está causando tumulto e angústia em sua vida, receber um rótulo sugere que você não está sozinho em ter essa condição, há outras pessoas como você, que já encontraram isso antes, que há tratamentos apropriados, que resultará do diagnóstico correto sendo aplicado ao seu problema. Então, existem amplas razões, de ambos os lados, para abraçar um diagnóstico, e a ideia de que poderíamos simplesmente dispensar o sistema de diagnóstico, porque ele é defeituoso, provavelmente é um erro. Mas dito isso, a lógica do DSM da terceira edição em diante, de basear as coisas em sintomatologia, de encorajar os grupos a fazer lobby para incluir novos diagnósticos que eles acharam clinicamente úteis, as maneiras pelas quais os critérios usados para atribuir um determinado diagnóstico tendem a enfraquecer com o tempo, de modo que você atrai mais pessoas, como você colocou corretamente, com o diagnóstico de autismo, mas como você bem sabe, Allen, quando houve propostas para enxugar esse diagnóstico, o resultado foi fúria. Quero dizer, as pessoas tinham bonecos de vodu de você e Bob Spencer, e eles estavam enfiando alfinetes em você, na esperança de que você fosse morrer. Isso trouxe recursos, trouxe um rótulo tangível que poderia ser aplicado a uma criança difícil de administrar, trouxe o acesso à educação especial e assim por diante, de modo que a perspectiva de que isso fosse tirado era simplesmente insuportável. Portanto, isso sugere a facilidade com que um sistema de diagnóstico como esse, uma vez em funcionamento, pode “metastasear”, quase, pode crescer e abranger cada vez mais coisas, como você diz, com razão, que realmente não deveria haver problemas psiquiátricos e, em seguida, eis que ele leva ao tratamento com medicamentos que não são destinados a esse tipo de condições e, de um modo geral, só vai ter efeitos nocivos sobre aqueles a quem são submetidos a eles.

Não é um processo benigno e, por outro lado, pessoas procuram um diagnóstico, sabe, uma das coisas interessantes, para mim, é que eu olho para a psiquiatria e olho para a neurologia, duas subespecialidades que surgiram na neurologia do século XIX, realmente abrigam a Guerra Civil, ambas competindo porque envolveram o cérebro e o sistema nervoso, até certo ponto. Agora, neurologia passou a ser um ramo de alto status da medicina, e eu acho que todos nós concordamos que a psiquiatria, não, em geral. E acho que a maioria das coisas com as quais os neurologistas lidam são bastante terríveis, e além do alcance de nossas terapias, então se você tiver a doença dos neurônios motores, ou a doença de Lou Gehrig, que seja, ou se você tiver esclerose múltipla ou se um dos outros horríveis, com os quais os neurologistas lidam, o prestígio deles não vem do fato de que eles têm terapias ativas que intervêm e curam essas doenças, mas sim de suas habilidades diagnósticas e prognósticas e do fato de que eles se concentram no cérebro, que parece dá-los o status que eles possuem. O transtorno mental, precisamente, porque tem essas dimensões psicológicas e sociais, bem como provavelmente biológicas, não se presta a diferenças diagnósticas e prognósticas afiadas e tal modelo é tão envolvido com estigma, esse estigma derrama sangue, enquanto que os profissionais que lidam com ele, o uso dizer, aqueles de nós que são historiadores, é uma das características tristes, e uma das características sociais do distúrbio, que um estigma que o envolve, acrescenta uma camada adicional de sofrimento e dificuldade em ser tratado, o que já resulta da complexidade do que estamos falando aqui.

ALLEN FRANCES (Psiquiatra, Professor e Ex-Presidente do Departamento de Psiquiatria da Duke University)

Deixe-me pegar alguns pontos excelentes que você abordou. Um é que, além do que você apontou, muito disso acho que tem a ver com a diferença de expectativa. Os psiquiatras obtêm resultados tremendamente melhores, psicólogos, assistentes sociais, nós obtemos resultados tremendamente melhores em saúde mental do que os médicos de câncer ou neurologistas, mas as expectativas são muito maiores, eu acho que essa é a maior parte do problema. Em termos de obter um diagnóstico, para algumas pessoas, especialmente, um diagnóstico errado, é tudo risco e nenhum benefício. Para algumas pessoas, obter o diagnóstico certo é o melhor momento de sua vida. O melhor momento de sua vida, porque leva ao tratamento certo e o tratamento é diferente para alguém que tem distúrbio de pânico comparado a alguém que não tem, diferente para alguém que tem

uma depressão agitada comparado a alguém que não tem, essas distinções não são afiadas, não têm uma diferença genética precisa causando-as, mas são clinicamente muito significativas. Em termos de como os tratamentos são dados. É muito importante que não percamos as causas cerebrais e as causas das doenças, então tem que haver um processo de diagnóstico diferencial, é muito importante, a causa mais comum de sintomas em pessoas idosas é o efeito colateral da medicação. É muito importante fazer um diagnóstico diferencial que abranja isso. Diagnósticos diferenciais não podem ser eliminados, as pessoas dizem “livrem-se dos diagnósticos”, é um comentário sem sentido. Para os pacientes que fazem o diagnóstico certo, de uma forma empática, esse é um momento maravilhoso, como você apontou. “Minha angústia anterior, que eu não entendia e eu culpava a mim mesmo tem uma explicação, que as outras pessoas já experimentaram antes, eu não sou o único amaldiçoado, a única pessoa no mundo, as pessoas entendem qual é o meu problema, e são peculiares, as maneiras eficazes de lidar com isso”, esse é um momento maravilhoso, algumas das coisas mais empáticas que fiz em minha carreira foi dizer às pessoas o que sei sobre o problema delas, e se eu não sei o que é o problema delas, dizer “nós simplesmente não sabemos ainda, vai demorar um pouco, teremos que olhar para isso ao longo do tempo, antes que tenhamos um melhor controle sobre isso”, mas esse é momento muito tranquilizador para entender que esse é o seu diagnóstico ou não entendemos ainda, mas poderia ser pior se formos mais claros, podemos ter um diagnóstico pior. Quero dizer, isso pode ser tão pouco, claro que pode melhorar por si só, teremos que observar e ver.

ROBERT WHITAKER (Jornalista, Editor-Chefe do Mad in América/EUA)

Posso voltar um pouco nesse ponto? Então, eu acho que vocês concordariam que esses diagnósticos no DSM não são desordens validadas, como termos clássicos em termos de compreensão de curso e resposta, etc. E o que eu ouço das pessoas o tempo todo é algo como “eu recebi esse diagnóstico, agora eu tenho essa doença crônica, que começa a me definir, em outras palavras, eu me vejo no meu futuro se desdobrando dentro dessa construção de diagnóstico”, e se nós realmente não sabemos muito sobre como as pessoas entram nesse mundo de diagnóstico, nós realmente não sabemos que muitos tipos diferentes de resultados que são possíveis. O que acontece é que é possível para as pessoas, hoje, escutar algo como “você tem essa doença, essa coisa, e você vai tê-la para sempre”, e assim como os pais vão dizer “meu filho tem TDAH ou não tem TDAH”, e o

que eu escuto o tempo todo é que se tornou como uma profecia de uma tragédia, um pouco: “Eu tive essa doença crônica, eu tenho que tomar drogas pelo resto da vida. O que Sarah Fay estava falando hoje, ela meio que teve que fugir do diagnóstico para chegar a um lugar melhor. Então, eu acho que a crítica do que você acabou de dizer é que, se não for validado como um distúrbio real, na forma como as doenças são validadas nos manuais médicos, pode ser prejudicial por essa a razão, pela qual isso leva a um sentimento de ilusão ou delírio sobre o que está acontecendo com essa pessoa.

ALLEN FRANCES (Psiquiatra, Professor e Ex-Presidente do Departamento de Psiquiatria da Duke University)

Eu acho que você está parcialmente certo e parcialmente errado sobre isso. Eu acho que a ideia de que as desordens validaram ou não validaram, há uma distinção clara: a maioria das muitas desordens médicas são invalidadas, não é apenas na psiquiatria. Nós não entendemos que há um grande número de desordens que não entendemos na medicina, não apenas na psiquiatria, e há muito que entendemos sobre desordens psiquiátricas. Agora, aqui é onde você está certo. Eu vi centenas e centenas de pacientes que foram super-diagnosticados. Tivemos 10 diagnósticos diferentes ao longo do tempo, todos eles malfeitos, a maioria deles errados. E eu acho que você vê essas pessoas, e elas foram maltratadas, elas foram mal diagnosticadas, elas foram super-diagnosticadas, elas foram tratadas em excesso. Mas eu também vi milhares de pessoas para as quais o diagnóstico foi útil, e eu acho que você está vendo uma parte, você está muito concentrado, e de forma apropriada, na tentativa de corrigir os usos errados do diagnóstico. E, a propósito, eu também estou, é parte de minha missão, é corrigir o mau uso do diagnóstico, mas o que você pode não ter experiência suficiente é quando os diagnósticos funcionam bem, porque essas pessoas não seriam seus constituintes.

ROBERT WHITAKER (Jornalista, Editor-Chefe do Mad in América/EUA)

Ok, sim. Eu só acho que se o diagnóstico viesse com algum tipo de mensagem de otimismo, às vezes, seria útil.

ALLEN FRANCES (Psiquiatra, Professor e Ex-Presidente do Departamento de Psiquiatria da Duke University)

Novamente, eu acredito em subdiagnosticar, eu acredito que as pessoas melhoram por conta própria, eu acredito que, mesmo que você tenha um diagnóstico severo, como distúrbios bipolares, e nós sabemos muito sobre o distúrbio bipolar, nós sabemos bastante sobre seu curso, sabemos muito sobre o tratamento, sabemos as taxas de resposta ao tratamento, sabemos os riscos de recorrência, há muito que podemos dizer às pessoas sobre mudanças de estilo de vida que reduzirão seus riscos de recorrência, há muito que sabemos sobre o distúrbio bipolar. É um diagnóstico divertido de se obter? É claro que não. É um diagnóstico necessário de se obter, porque você vai ter que mudar as coisas em sua vida, e que muitas vezes isso significa tomar medicamentos, o que, frequentemente, significa que você não vai poder fazer viagem de avião à jato ao redor do mundo, você vai reduzir seu estresse, você não vai fazer dobra de turno no trabalho, você vai descobrir um estilo diferente de vida, você não vai usar substâncias, você vai ter muito cuidado com muitas coisas em sua vida. Não há graça alguma em obter esse diagnóstico, mas se for preciso, se não for falso, e muito diagnóstico bipolar foram falsos, porque as empresas farmacêuticas estavam pressionando o diagnóstico bipolar para vender antipsicóticos, mas quando é verdadeiro, ele explica à pessoa e à sua família o porquê de seu comportamento ter sido tão errático e lhe dá um curso de ação muito claro, tanto psicologicamente quanto socialmente, em termos de medicação. Então, essas são as pessoas que eu tenho sido muito gratificado, sendo um psiquiatra, elas não chegariam até você. Eu vi muitas pessoas que chegam até você. Eu trabalhei muito em salas de emergência, eu vi muitas pessoas que foram terrivelmente diagnosticadas. Eu avisei as pessoas sobre o excesso de diagnóstico constantemente, mas você não joga o bebê fora com a água do banho.

ANDREW SCULL (Sociólogo – Universidade da Califórnia)

Sim, creio que o diagnóstico é frequentemente algo que as pessoas procuram ativamente porque querem ter a sensação de que o que está acontecendo com elas não é único e, é até certo ponto, compreensível. Mas isso era verdade, quando os pacientes foram ver os antepassados dos psiquiatras modernos, no século XVIII, que eram chamados de maus médicos. Eu publiquei junto com um colega o primeiro livro de casos de 1760, de pacientes psiquiátricos que iam a um médico louco, agora, os remédios do

médico louco eram esgotamento, vômitos e mudanças na dieta e estilo de vida, e todas as coisas que a medicina hipocrática prescreveu para toda uma série de coisas. Os pacientes se beneficiaram com a obtenção desses diagnósticos? Às vezes, sim, às vezes, não. Acho que a mesma coisa se aplica no presente.

Ser diagnosticado como esquizofrênico, por exemplo, ou talvez devêssemos dizer como tendo uma das esquizofrenias, porque essa era a forma como Bleuler originalmente via isso, como uma constelação de distúrbios e não um único, isso, para a maioria das pessoas, é quase como uma sentença de morte, não é algo que vai desaparecer, é uma doença extremamente grave, da qual você está sendo informado que tem, tanto para o paciente como para aqueles ao seu redor é, muitas vezes, um diagnóstico que é resistido, mesmo que seja, do ponto de vista de Allen, algo que é justificado, pode, de fato, refletir quão sério é esse caso particular de transtorno mental, como para ditar cursos de tratamento, sim, tem algo a ver com isso, e isso é verdade também na medicina. Combinar remédios para o diagnóstico é um processo muito menos – como eu posso colocar isso? – mecânico e óbvio, mesmo na medicina. E os medicamentos que foram prescritos podem ou não funcionar em nosso caso particular, e uma das coisas interessantes desde que o diagnóstico tem girado em torno de sintomas, não em um entendimento da patologia subjacente, podemos não estar cortando a natureza em suas articulações, podemos não ser o que pensamos como um grupo homogêneo de fato, podemos ser muito mais heterogêneo, então toda essa área é extremamente inquietante. E eu acho que, para algumas pessoas, obter o diagnóstico é muito tranquilizador e positivo, para outras, como disse nossa oradora essa manhã, obter uma meia dúzia de diagnósticos diferentes é uma coisa desanimadora e contraproducente, algo que disse a ela: “você, em essência, é isso, e você nunca será nada além disso”, então depende da sensibilidade do diagnóstico, do cuidado com que é feito e, também, do quanto você espera de um diagnóstico. É um negócio difícil e pesado, quando você vai a um médico, nós tínhamos uma amiga muito próxima que foi informada de que ela tinha câncer de rim, estágio quatro, e que eles a abriram e fizeram os estudos do curso sobre a massa e seu rim e não foi maligno. Eu pensei que esse era um exemplo de negligência profissional, porque ela estava preparando seus bens e se preparando para ser internada em um hospital e, na verdade, ela vai ficar bem. Mas isso nos lembra que existem erros em todos os lugares e a psiquiatria não é única nessas formas, mas na medida que os diagnósticos psiquiátricos trazem consigo,

não apenas o acesso ao tratamento, mas também um rótulo que é estigmatizante no mundo em geral, é um quadro misto, acho eu, e é inevitável.

ALLEN FRANCES (Psiquiatra, Professor e Ex-Presidente do Departamento de Psiquiatria da Duke University)

Eu concordo completamente com isso, e é por isso que eu recomendo o subdiagnóstico e o diagnóstico a lápis, e nem sempre seguindo o DSM, o diagnóstico de esquizofrenia do DSM é baseado em um mês, o que é ridículo, deveria ser um diagnóstico, como disse Kraepelin, que requer muitos meses ou anos de sintomas, não deveríamos estar jogando em torno de termos muito carregados, em situações onde muito provavelmente eles não se aplicam, então eu acho que devemos sempre subdiagnosticar. Não diagnosticar esquizofrenia facilmente em adolescentes ou transtorno de personalidade limítrofe em adolescentes, sempre procurar outras causas, procurar por causas medicinais, de substância, causas médicas para os diagnósticos. Ser pacientes, não fazer o diagnóstico nas primeiras visitas, use o mínimo diagnóstico possível num dado momento, mas acho que tudo isso sendo verdade, para muitas pessoas, o diagnóstico será uma parte muito útil de sua avaliação e, ainda pior, pessoas que não acreditam no diagnóstico, acho que estão ficando cegas, eu acho que elas prestam um grande desserviço aos seus pacientes por não usarem o sistema de diagnóstico, porque eles perdem coisas, já que há muita informação valiosa nesse sistema que é perdida quando as pessoas apenas dizem “oh, eu não vou me dar ao trabalho de aprender isso”.

ANDREW SCULL (Sociólogo – Universidade da Califórnia)

Bem, isso é estar de volta aos tempos freudianos, não é? Estar de volta aos anos 40, 50 e 60, os psicanalistas desdenhavam a ideia de diagnóstico.

ROBERT WHITAKER (Jornalista, Editor-Chefe do Mad in América/EUA)

Então, Sarah Fay quer adicionar a perspectiva dela aqui, se não houver problema.

ANDREW SCULL (Sociólogo – Universidade da Califórnia)

Oi, Sarah!

ROBERT WHITAKER (Jornalista, Editor-Chefe do Mad in América/EUA)

Nós tivemos algumas ideias sobre o diagnóstico, se é prejudicial ou não, vá em frente, Sarah.

SARAH FAY (Escritora e Ativista)

Eu acho que é muito importante escutar pessoas que viveram essa experiência, e esse é o motivo, eu acho que é muito diferente quando você está do lado de cá. Eu não sei quantos de nós realmente chamariam, o que ouço na psiquiatria, é que o debate é entre jogar fora todos os diagnósticos ou mudá-los radicalmente, ou manter todos na mesma. Mas para nós, pacientes, nós só queremos ajuda, e só queremos transparência. Então, como eu disse essa manhã, minha situação ideal teria sido alguém me dizer “você está sofrendo, eu entendo, estou aqui para você, nós não sabemos muito sobre transtornos mentais, nós sabemos algumas coisas, nossos diagnósticos não são perfeitos, isso é o que eu acho que você tem”, sabe, meio que me guiar, “isso não é um diagnóstico fixo e inflexível, mas eu quero lhe dar tratamento e eu quero lhe conseguir ajuda, e estou sendo honesto sobre o diagnóstico que estou lhe dando”. A outra questão é que eu não acho que seja sobre diagnóstico excessivo ou não, é que a honestidade, “isso está acontecendo”, eu acho que isso é realmente importante, e não dizer às pessoas que é crônico.

Eu recebi seis diagnósticos e em cada um deles, me disseram que eu os teria para o resto da minha vida. E isso inclui TDAH, TOC, transtorno bipolar, e todos eles, e eu não pude melhorar até que finalmente superasse isso, até que eu aprendesse a verdade sobre os diagnósticos DSM e pensasse “eu não posso mais pensar em mim como um diagnóstico” e isso é o que levou à minha recuperação. Mas não acho que precisamos nos livrar deles, eles são úteis porque os usamos, de alguma forma. Porém, acho que é melhor deixá-los para os especialistas, os psiquiatras, sendo que cinco dos meus seis diagnósticos vieram dos clínicos gerais. E esse é realmente o problema, quando eu estava com Paul Applebaum no comunicado à imprensa, ele não percebeu que isso é uma grande parte do problema. O DSM pode ser bom para um psiquiatra treinado, mas as pessoas que mais o usam não são treinadas nele, e acho que esses são alguns dos problemas. Mas em termos

de cronicidade, e se um diagnóstico é ou não vitalício, no meu treinamento de especialização em suporte de pares, éramos 16 e, como mencionei, alguns deles tinham passado por um orfanato e desabrigo, e ainda assim, conseguiram se recuperar, não sei como eles fizeram isso, mas de 16 pessoas que fizemos a pesquisa, nenhum de nós foi informado que poderíamos nos recuperar por um clínico, o fizemos de qualquer forma. Portanto, não estamos sendo informados de que podemos nos recuperar e não estamos em um modelo de recuperação, que pode incluir o modelo biomédico e o biopsicossocial. Sabe, é isso que eu realmente quero ver, nós falamos sobre recuperação em cada conversa, mesmo que seja improvável, como esquizofrenia. Mas, sabe, nós damos esperança aos pacientes com câncer, geralmente. É quase um estereótipo do paciente com câncer venceu a doença. Nós não temos essa imagem para nós, com transtorno mental. Então... só espero que tenha feito sentido para vocês, obrigada.

ALLEN FRANCES (Psiquiatra, Professor e Ex-Presidente do Departamento de Psiquiatria da Duke University)

Eu realmente amo esses comentários, eu acho que todos deveriam levar a sério o livro de T. Beck, porque ele faz um belo trabalho de integração da recuperação no tratamento da esquizofrenia e outras doenças graves. E a coisa principal em cada tratamento, com cada paciente, tem que ser incutir esperança.

SARAH FAY (Escritora e Ativista)

Absolutamente.

ANDREW SCULL (Sociólogo – Universidade da Califórnia)

A importância da injunção hipocrática, primeiro: não causar dano precisa estar muito mais na vanguarda da consciência das pessoas. E algo que eu falo no final do meu livro, a necessidade de mais humildade. A sensação de certeza afasta daquilo que é certo, é muito prejudicial, eu acho que na prática das coisas, é importante dar esperança, é importante tirar proveito de todos os pontos positivos que se possa encontrar na vida, esse foi, na verdade, o segredo do tratamento moral, quando ele começou, foi dizer às pessoas “você não se tornou sub-humano, você retém alguma semelhança de sua razão e de sua humanidade e, se trabalharmos juntos, podemos trazê-lo de volta do abismo em que você

se encontra, para uma existência mais normal”. Mas com demasiada frequência, em minha experiência, um dos resultados do treinamento profissional é um senso de confiança e competência, que se estende além do que realmente existe e, por isso, em primeiro lugar: não cause danos, não se apresse em um diagnóstico, tenha cuidado com os tratamentos que você oferece, esteja ciente de que não temos estudos, por exemplo, para olhar os efeitos de longo prazo de pessoas fazendo o uso antipsicóticos por uma década ou mais, ninguém vai financiar esses estudos e, ainda assim, essa é a realidade para muitos pacientes. Eles são colocados no uso de drogas poderosas, que sabemos que têm efeitos colaterais, e eles se encontram nesse uso por anos e anos, e ainda assim não há uma evidência válida de que isso vai produzir um bom resultado a longo prazo.

Você falou sobre usar drogas onde elas são necessárias, mas tendo cuidado por quanto tempo você mantém o paciente sob a droga, que é muito importante, mas novamente, eu acho que, Sarah, você mencionou que você tentou sair de antidepressivos e, simplesmente, não pôde, isso não é uma experiência incomum. Então, uma vez lançado por esse caminho, é um pensamento que muda a vida. E dizer “para o ônibus que eu quero descer” não funciona tão bem para muitas pessoas, então isso tem que ser levado em conta.

ALLEN FRANCES (Psiquiatra, Professor e Ex-Presidente do Departamento de Psiquiatria da Duke University)

Tenho alguns comentários. Um é que provavelmente eu conheço o DSM tão bem quanto qualquer um, talvez, e eu posso ser a última pessoa a fazer um diagnóstico e ser, provavelmente, a mais incerta sobre isso. Eu, realmente, sou muito cauteloso em fazer isso e eu recomendaria a todos que não se apressem para fazer o diagnóstico, o fato de que 80% dos medicamentos psiquiátricos e, portanto, os diagnósticos estão sendo dados por clínicos gerais em quase todos os países, não todos, mas quase todos os países do mundo. É absolutamente escandaloso, porque eles não estão treinados para isso, eles precisam tirar o paciente do consultório, os pacientes ficarão satisfeitos com o que foi prescrito e nada mais, e eu acho que isso é um desastre. Agora, a outra questão sobre o uso de medicamentos a longo prazo não é uma questão abstrata, é uma questão de paciente por paciente. Quanto tempo você mantém as pessoas sob medicação? E eu acho que, quanto mais agudo for o problema, menos episódios anteriores, menos graves e perigosos eles são, mais as pessoas devem ter um julgamento feito gradualmente, porque todos os

medicamentos psiquiátricos podem causar uma abstinência. Na verdade, é por isso que ninguém deveria usar benzodiazepinas, mas mesmo os antidepressivos podem causar uma abstinência significativa e efetiva, e fisgar as pessoas. Por outro lado, nos anos 80, eu tentei, com outras pessoas, fazer um estudo sobre se poderíamos tirar as pessoas dos medicamentos, digamos antipsicóticos, em cinco centros, e o NIMH financiou, e a ideia era que colocaríamos um terço dos pacientes recebendo uma dose terapêutica regular a longo prazo, um terço dos pacientes receberia um quinto da dose regular e veríamos se os tratando de acordo com a expectativa, se eles poderiam lidar com uma dose muito mais baixa, e um terço receberia placebo. E parte do problema é que alguns dos pacientes se saíram muito bem com as doses mais baixas, mas algumas das pessoas tiveram resultados desastrosos com doses mais baixas ou placebo. Alguns deles se mataram, alguns deles ficaram muito piores e um dos problemas foi que, uma vez que você ficou pior, não foi como “ah, você coloca o remédio de volta” e eles ficam melhores novamente, que uma vez que ficaram piores, eles permaneceram assim. Então não é uma questão simples, de todos os medicamentos em longo prazo serem ruins, é uma avaliação muito delicada de quais são os sintomas, quão arriscados são eles, o quanto essa pessoa arriscaria a si mesma, se ela se livrasse da medicação, quanto é o risco de ficar sob medicação com todos os terríveis efeitos colaterais que estão disponíveis, e a ideia de que alguma vez haverá uma simples resposta correta, que possa ser aplicada de forma generalizada para os pacientes, é tão insignificante clinicamente quanto. Muitas pessoas receberem remédios demais por muito tempo e outras pessoas receberem remédios de menos ou nenhum, e nunca é uma decisão fácil, por isso eu quero que os pacientes se envolvam ao fazê-la. Os pacientes e a família devem estar muito envolvidos em como a gestão em longo prazo é feita, em parte porque é tão idiossincrático que a reação é que não há uma resposta correta, e eles merecem ser tomadores de decisão, porque isso afetará muito suas vidas.

ROBERT WHITAKER (Jornalista, Editor-Chefe do Mad in América/EUA)

Foi muito bom, obrigado aos dois. Vamos ter o Fernando e Paulo. Vou dizer apenas uma conclusão que tirei dessa conversa interessante: precisamos de uma maneira de comunicar com as pessoas, pacientes e o público, sobre o que não sabemos, o que é tanto, e parar de fingir que sabemos muito mais, e então, também sabemos muito do que

pode ajudar, como ter significado na vida, moradia, proporcionar respeito às pessoas, e por isso, devemos ter uma narrativa muito melhor sobre enfatizar o que sabemos que pode ser tão útil. Mas isso foi ótimo, acho que a importância disso é que, se você olhar para a “psiquiatrização” do público, com tantas pessoas com o diagnóstico e tomando remédios, e isso acontecendo com crianças, é uma coisa particular, que eu acho problemático, o diagnóstico de crianças e a medicação de crianças, nos diz o quanto essa conversa é importante para se ter aqui no Brasil e, basicamente, ao redor do mundo. Eu vou passar agora, obrigado, Allen e Andrew, foi ótimo, eu realmente gostei muito, nós vamos passar para Paulo e Fernando seguirem.

PAULO AMARANTE (LAPS/ENSP/ Fiocruz)

Bem, eu também quero agradecer e peço desculpas porque a gente fica igual a festa em casa, ficamos na cozinha preparando caipirinha, os drinks, os salgadinhos e as pessoas se divertindo, a gente fica lendo os comentários, administrando, os problemas, etc. A minha cabeça é assim, muitas coisas passaram, acho que o seminário vai propiciar desdobrar em muitas ideias.

Particularmente, fiquei lembrando muito de dois psiquiatras, um é Franco Basaglia, que com a sua psiquiatria democrática dizia é possível fazer uma psiquiatria, ele não se denominava como anti-psiquiatra, contra a psiquiatra. Mas queria fazer uma psiquiatria em defesa das pessoas em defesa da liberdade, do direito do protagonismo, da cidadania, por isso, chamou de psiquiatria democrática. E eu acho que é importante que a gente no momento em que até os deuses comemoram com uma tempestade, que nós precisamos porque o Rio está muito quente, e que nós estamos iniciando uma nova era hoje, depois das eleições de ontem, acho que uma resposta dos Deuses que precisam arar esse solo fértil que hoje é recebido. A psiquiatria democrática é muito importante, precisamos resgatar os seus princípios. O Franco Basaglia, a Franca Basaglia e tantos outros autores dessa experiência ajudaram muito, mas não são tão conhecidos assim como o Diálogo Aberto, a experiência do Jaakko Seikkula, de todo o grupo lá da Finlândia a experiência de *Soteria*. A gente tem experiências muito ricas pelo mundo afora, psiquiatria crítica na França, na Espanha, na Inglaterra tantas outras... e o outro é muito particularmente que esse tal Gregório Berna um psiquiatra argentino exilado que falava a psiquiatria não precisaria apenas de doenças, ela poderia fazer uma psiquiatria do homem sadio, uma psiquiatria da sociedade, uma forma de não centrar-se exclusivamente na ideia

de que, para atuar na construção reconstrução da vida das pessoas, a gente precisa ter diagnósticos e remédios, mas sim que a gente pode ser um companheiro nessa, um interlocutor fundamental.

Eu quero mais uma vez agradecer ao Allen, Andrew, Robert e Sarah. Muito obrigado a todo mundo que participou. Muito obrigado a toda equipe técnica e apoio, aos tradutores de línguas e de libras que estão aqui presentes. É isso aí gente, até amanhã. Muito obrigado.

MESA REDONDA

“Desafios para a superação do reducionismo biológico na saúde mental e psiquiatria”

CLAUDIA GOMES (Faeterj/UFJF/Unifase)⁸

Bom dia a todos e todas, vamos começar mais um dia do 6º Seminário. Ontem tivemos muitas reflexões importantes, debates, apresentações maravilhosas... foi um dia muito interessante para todos os que puderam participar e o dia de hoje promete, com a presença de muitos pesquisadores da área de saúde mental. E nessa manhã contamos com a presença de Laura Martin, Manuel Desviat e Marcelo Kimati. A nossa dinâmica do dia de hoje vai seguir a mesma dinâmica de ontem, mas ao longo da apresentação dos palestrantes vocês podem fazer perguntas no chat, temos pessoas acompanhando e anotando as perguntas para o momento do debate. Sem mais delongas, passo a palavra para a Laura.

O tema da mesa de hoje é: Desafios para a superação do reducionismo biológico na saúde mental e psiquiatria. Laura Martin é psiquiatra e presidente da Associação La Revolución Delirante. Laura fica à vontade para falar um pouco mais do seu trabalho e a palavra está com você.

LAURA MARTIN LOPES-ANDRADE (Psiquiatria – Presidente de La Asociación La Revolución Delirante)⁹

⁸ Psicóloga pela Universidade Federal Fluminense (1997), Pós-doutora em Educação pela Universidade Federal de Juiz de Fora (2019) atuando como professora colaboradora do Programa de Pós-graduação Profissional em Educação (Mestrado) na mesma Universidade. Mestre (2000) e Doutorado (2016) em Educação pela Universidade Federal Fluminense. Coordenadora do Grupo de Pesquisa em Desmedicalização da Vida e Pesquisadora do Grupo de Pesquisas e Estudos em Geografia da Infância (GRUPEGI/UFF-UFJF).

⁹ É a presidente de La Asociación La Revolución Delirante desde 2011, é diretora da escola de Saúde Mental de la AEN desde 2015.

Bom dia! Obrigada por me convidar, é um prazer estar nesse projeto. Não sabia muito bem como focar e falar sobre as coisas que me vem à mente e também o modelo que fala da epidemia das drogas psiquiátricas.

Bom, pensando no tema geral do seminário, A Epidemia Das Drogas Psiquiátricas, faço uma relação com outra grande epidemia, que é a epidemia dos diagnósticos. A epidemia dos diagnósticos pode estar em relação com o modelo de saúde mental, então me ocorre a pergunta se o modelo de saúde mental tem que mudar. Provavelmente, esse pensamento vem de duas reflexões prévias, da reflexão que fizemos desde os países que, supostamente, realizaram a reforma psiquiátrica, então os manicômios foram sendo fechados... essa reforma entra em debate se fracassou ou se foi impedida. E por outro lado, essa reflexão pode ajudar outros países que estão em processo de reforma a não cometerem os mesmos erros, que pelo menos no meu trabalho, eu tenho visto que ocorreram. Dessa forma, me pergunto se outro modelo de saúde mental é possível e me pergunto se é possível se fazer essa pergunta sem olhar para onde estamos trabalhando, assim como se é possível fazer essa pergunta sem perturbar a psiquiatria que se esconde embaixo do eufemismo de saúde mental. Essas reflexões me levam diretamente até a nossa profissão, e acredito que é um lugar comum de todos que estão escutando isso, nossa profissão possui duas vertentes que estão intrinsecamente unidas e que não podem ser separadas, mesmo que às vezes se faça de uma maneira artificial, que são a clínica e a política. Tem uma vertente clínica, porque nos dedicamos a acompanhar a pessoa que passou de uma linha individual de sofrimento. Mas, existe uma vertente política, porque essa linha individual se traça em um contexto social, cultural e econômico determinado. E, além do mais, tem uma vertente política porque a psiquiatria, essa profissão que representamos, está historicamente desenhada, caracterizada e justificada... e no presente, estamos vendo diariamente, o trancafiamento e coerção que pratica.

Nossa profissão é a única, supostamente, médica que não possui descoberta científica, mas sim, mudança epistemológica e cultural. Então, com essa reflexão me veio a ideia de algo que eu poderia compartilhar, e talvez interesse, que é falar a partir do que eu faço, do trabalho que fazemos na minha equipe e, também, no serviço público onde eu trabalho. Vou explicar o que eu faço, porque eu gosto de falar a partir da prática do que a partir da técnica, que como veremos adiante, podem perder o sentido. A partir da prática,

podemos mudar as coisas e nos permitem seguir por caminhos diferentes daqueles que os modelos hegemônicos estão nos levando.

Para explicar um pouco, eu trabalho em uma equipe de saúde mental pública, no sul da Espanha, em Málaga. É uma equipe que se denomina ETIC, é um programa que está no modelo da equipe de tratamento assertivo e comunitário. De fato, as siglas significam Equipe para Tratamento Intensivo Comunitário. Depois de receber esse nome, pensamos no risco que ele carregava. Para mim, a linguagem é muito importante, assim como na nossa profissão. De fato, após o surgimento do nome ecoavam duas palavras: primeiro, tratamento, que carrega a ratificação do outro; e o segundo, que é o modelo assertivo comunitário, que é um modelo em que percebemos que o único que tem feito é transferir a lógica hospitalar para a comunidade. Então, o que fizemos enquanto equipe, foi em primeiro lugar foi esvaziá-las de sentido, porque estavam vazias de sentido e preencher com um sentido que provocasse uma mudança na lógica institucional, ou seja, chamamos de equipe para o cuidado individual e em comunidade. E essas quatro palavras tinham um sentido dentro da lógica do nosso trabalho. Primeiro, a palavra equipe se opõe à palavra hierarquia, que de certo modo governa nossa prática.

Logo, viria o cuidado, que a estratégia ou a prática que vai contra o tratamento. O individual, sempre o individual, que seria uma defesa dos objetivos, e a palavra comunitário contra as práticas hospitalares. Então, vou tentar explicar como trabalhamos e por que esses caminhos da linguagem, e portanto, a lógica de trabalho. A equipe, em primeiro lugar, como disse antes, se opõem a hierarquia, a supervisão, a simetria que está fomentando sempre a partir da disciplina psiquiátrica. Todos falam que trabalham em equipe...isso é um lugar comum..., mas não acredito que isso seja verdade. Eu acredito que uma equipe, na verdade, é o que podemos definir como um grupo de pessoas que se atreve a abrir o campo da contradição. Dito de outra maneira, seria que nós trabalhamos...sobrevivemos para evitar, precisamente, nossa sobrevivência. Estamos sustentando uma instituição cujos argumentos não compartilhamos. Nosso trabalho, realmente, vem sustentando um mecanismo que, continuamente, denunciemos, e nos pagam para fazer coisas que nós não queremos fazer. Existe muita contradição, e de fato, é um argumento muito basagliano. Realmente, as contradições não são o que te detém, senão a oposição ou colocar-se a pensar, ou colocar-se a olhar para o outro lado. Ou pior, pensar que está olhando para o lado bom. Acreditamos que a única maneira de sustentar

essa contradição, e, portanto, de trabalhar na equipe, é começar a aceitar que nós somos parte de uma instituição, que é a instituição psiquiátrica, mas que ela se envolve em uma instituição maior, que é a instituição social. E em todas as instituições existem dois pólos: o opressor e o oprimido, dominante e dominado. E o que domina ou o opressor sempre se define a si mesmo, porque detém um poder através de um saber. Nós acreditamos que a única maneira de trabalhar em equipe para mudar a lógica da instituição, é abrir o campo do saber, ou seja, aceitar nossa ignorância...isso que o ativismo louco chama de humildade epistêmica. Quer dizer, abrir o campo do saber porque é a única coisa que permite romper a lógica do poder psiquiátrico. Uma equipe que, realmente, luta contra a hierarquia de classes, ao abrir a pirâmide do saber, ou seja, gerar espaços de diálogo no qual sempre se pode ser considerado e sempre se pode questionar a lógica do poder e do saber estabelecido dentro da equipe. E estabelecer sempre uma “linha vermelha”, que deveria ser: sempre respeitar a pessoa de quem se está falando, respeitar a sua confidencialidade e nunca decidir sobre ninguém. Embora estejamos muito acostumados na nossa prática e nessas instituições a fazermos o contrário disso.

Uma equipe é um espaço de luta, de luta pessoal, de luta interna e, também, de luta eterna. A luta sempre começa, que é o argumento pelo qual comecei, sempre começa pela linguagem. Uma coisa que me chama muito atenção é que, realmente, segundo a linguagem que a equipe utiliza, é assim que ela trabalha. E isso estabelece uma lógica dentro da equipe que pode ir a um lugar ou para outro. O que faz o trabalho em equipe, para redimir, é romper com a hierarquia interna, a hierarquia instrumental, e com isso, a hierarquia mais importante que é a opressão exercida sobre as pessoas com quem trabalhamos. Porque uma coisa que não podemos esquecer, nós trabalhamos para acompanhar as pessoas, não trabalhos, em um sentido estrito, para a instituição. Depois, vem a palavra cuidado, não é que o cuidado se oponha, realmente, ao tratamento, ao ajustamento, a mudança do outro. Na verdade, se opõem a essa prática tão, tão comum nas práticas psiquiátricas, que é: eu sei o que acontece com você, sei como remediar... e isso de remediar, como veremos mais adiante, sempre está o psicofármaco. A prática são os pilares da disciplina, a prática sempre se organiza em torno do poder, do saber. Em torno das práticas temos, em um sentido mais foucaultiano, não discursiva e discursiva. E nossa prática se envolve, perfeitamente, em torno das pessoas que tem mal-estar psíquico. É um erro, e um erro que se comete cada vez mais. Eu vejo muito na formação dos jovens, o pensamento de que se mudarmos as teorias, mudaremos as práticas. Isto é,

eu elejo uma teoria, seja ela biológica, psicanalítica, cognitivo-comportamental, sistêmica...e que a teoria vai me levar a uma série de práticas. Mas, o que realmente tem que ser feito é mudar as práticas. Porque se mudamos apenas a teoria, estamos apenas acionando a tecla do saber e a tecla mais importante do nosso trabalho, que é a tecla do poder. Como dizia Basaglia, não é muito fácil apropriar-se da ideologia, e é muito difícil esvaziar o conteúdo das práticas. Vemos isso nas práticas comunitárias atuais, que transferem tudo o que se faz no hospital para a comunidade, ou a lógica das escolas psicanalíticas que estão dentro do manicômio. Esses lugares que não se entende, porque são apenas uma mudança técnica, e não mudanças práticas.

Outro exemplo seria o que aconteceu com a reforma, igual a história da psiquiatra e a história dos psiquiatras, e todo o saber psicopatológico antigo foi construído e baseado em pessoas que foram encarceradas nos manicômios, pois todas as reformas psiquiátricas fracassaram, ou pelo menos as consequências dessas reformas estamos vendo fracassarem. Na minha opinião, porque elas foram mudanças técnicas feitas por técnicos, feitas por sanitaristas. Foi uma mudança no sistema sanitário e não uma mudança social, tirando o exemplo de Triste. Isto é, são ideias novas de profissionais para fazer novas práticas, sempre a partir da hierarquia. A mudança social, a que foram obrigados, ficou esquecida. Então, continuamos sendo um agente de controle social, e não de acompanhamento, de assistência, de tratamento e de cuidado.

Essa palavra muito usada, mas que como tudo na psiquiatria, acaba se esvaziando de significado...o cuidado seria a resposta radical a psiquiatria dominante, a essa psiquiatria positivista e essencialista que governa as práticas a partir da lógica do diagnóstico. O cuidado é um posicionamento na prática que faz de revulsivo epistemológico a psiquiatria, que faz cambalear os cimentos sociais, que ressoa a crítica em todos os rincões dos dispositivos. O cuidado é um espaço de acompanhamento, ou seja, tratar com alguém ao invés de tratar alguém, é se fazer muitas vezes de para raios institucional, de resguardar os direitos das pessoas com quem estamos trabalhando, acompanhando a crise, que muitas vezes tem o sentido de facilitar espaços, sobretudo de não fazer mais danos. A gente sempre esquece que na nossa prática, pelo simples fato de aparecer, já causa dano. É buscar as pessoas e não persegui-las. E o acompanhamento é um pouco isso, a arte de não intervir, de não intervir sequer com ativismo. Porque eu acredito que uma das práticas clínicas mais relevantes, às vezes, é deixar as pessoas em

paz. Uma coisa que a gente, às vezes, esquece na saúde mental, o cuidado com alguém é justamente para evitar o seu tratamento, porque o tratamento na psiquiatria, por definição, é retificação do outro. É que o outro tem alguma coisa errada que eu tenho que consertar. Portanto, na lógica do poder e do saber se estabelece assimetricamente em relação ao outro. De certo modo a relação, porque cuidado é de certo modo uma relação, que luta pelo direito do outro de ser como é, de sofrer como sofre e de gritar, como muitas vezes se grita, através dos sintomas. O cuidado é, talvez, a mudança, a retificação que nós tentamos fazer com a nossa equipe, para poder trabalhar de outra maneira e abrir um pouco a instituição.

Depois vem a terceira palavra individual que se opõe a individualização do tratamento, que se fala muito na gestão sanitária, individualizar os tratamentos. Mas, individualizar o tratamento está nos levando a tratar segundo o diagnóstico. Um tratamento, ou cuidado, dito individualizado, trabalha sem diagnóstico, ou seja, o que nós propomos em alinhamento com o comitê belga, é um trabalho sem diagnóstico, porque é possível trabalhar sem diagnóstico na clínica. Consiste em conhecer as pessoas e não as diagnosticar. O diagnóstico acaba sendo uma sentença, um insulto e se converte uma maneira de ser cúmplices dessa psiquiatria hegemônica, que como toda estratégia de poder e todas as estratégias de violência sempre estabelece um binarismo, o doente e o são, estabelecendo uma fronteira entre a saúde mental e a doença mental, sempre sob a hipóteses que nunca foram comprovadas, embora encham a boca com o tema das evidências e que elas dominem as disciplinas como, lamentavelmente, a formação profissional. Essa premissa da psiquiatria biológica, de toda a psiquiatria retificadora, gera dois movimentos: o primeiro, que a pessoa diagnosticada, que sofre, se converte em um corpo, em objeto que deve ser reparado; em segundo lugar, é que essa pessoa seja desresponsabilizada, desobjetivada e privada de direitos. Nós sabemos que esses modelos têm feito mal a muita gente, apenas a indústria farmacêutica apoia tais modelos e todas as pessoas que são pagas por ela, tornando nosso trabalho completamente ridículo. O trabalho da psiquiatria se converteu em algo ridículo, eu acho muito engraçado quando falam de antipsiquiatria, que sempre foi o termo usado para nos referirmos às pessoas dentro do movimento da psiquiatria crítica, mas o que se espalha nesse modelo hegemônico da saúde mental, realmente, são os antipsiquiatras, porque são neurologistas disfarçados e isso não é psiquiatria. É um exercício ridículo no qual você diagnostica uma doença sem lesão, prescreve um fármaco, faz psicoeducação para ensinar a pessoa sobre

o que consiste essa doença, essa suposta doença que você inventou. Esse modelo não funciona, esse modelo cronifica e se encaixa muito bem com o modelo capitalista, com o modelo de consumo em que estamos inseridos. Estamos vivendo exatamente isso na Espanha. Nós tentamos, com a palavra individual, reivindicar a subjetividade. É verdade que reivindicar a subjetividade necessita um modelo clínico, mas esse modelo clínico não pode ser uma verdade, ao contrário, deve ser uma série de instrumentos e ferramentas que ajudem a conhecer as pessoas, isto é, não perguntamos sobre o que a pessoa tem, perguntamos o que está acontecendo com ela, nisso consiste nosso trabalho. Um bom modelo clínico nota que todos sofremos da mesma coisa: sofremos solidão, todos sofremos de angústia, todos sofremos de tristeza, e as ferramentas com que enfrentamos nossa própria angústia e nossa própria tristeza vai depender de muitas coisas que tem pouco a ver com a dopamina, com a serotonina, e tem mais a ver com a nossa biografia, com onde nascemos, com o trabalho, com a cultura, com o bairro, com as condições econômicas, com o desejo, com a linguagem, com a nossa construção enquanto sujeitos... e não com essas invenções da suposta psiquiatria baseada em evidências. Isto é, nós vamos nos defender de nossos próprios medos, de nossas próprias angústias de uma forma distinta, de acordo com qual rede nós contamos, com nossa força, e também, com a profundidade da ferida que nos faz sangrar.

O que seria a clínica? A clínica seria ajudar a cicatrizar as feridas e não tapá-las com curativos, que é essa ação do controle social que seguimos exercendo. Então, falar de individualização, falar de individual, de subjetivo... é quebrar essa barreira binária entre louco e são, entre sãos e enfermos, porque o que existe são seres humanos. Não existem indivíduos isolados, os indivíduos estão na comunidade. Este trabalho, é um trabalho subjetivista, que nos leva ao último conceito que eu queria abordar: o conceito de comunidade. É o maior conceito dentro do nosso nome, o que mais se usa na atualidade, mas também, provavelmente seja a palavra mais maculada dentro das práticas psiquiátricas. Nós nos opomos ao conceito de comunidade utilizado em nosso sistema sanitário atual, porque é a lógica hospitalar levada para as ruas ou domicílios. Na Espanha dizemos que não é que não temos mais hospícios, é que temos “terrícômios”, que são uma espécie de manicômios disfarçados de apartamentos supervisionados, de casas, de residências... estão criando novos manicômios. Enquanto, o comunitário é muito mais complexo do que sair para as ruas, é abrir um buraco na instituição até o outro lado, é queimar o muro que foi criado: que começa pelo diagnóstico e segue pelo psicofármaco.

Ou seja, não é sobre onde fazem, mas o que fazem onde estão. Tem um colega meu que diz: “comunitário compartilhado com o outro”, que significa que devemos habitar afetivamente o território, porque se habitamos afetivamente o território, destruimos a instituição politicamente. Isto, também, falava Basaglia, estou citando muito ele porque estive faz duas semanas em Trieste..., mas isso, nos leva a uma lógica basagliana, na qual se nós profissionais estamos tranquilos, isso quer dizer que se produziu a morte da pessoa em sofrimento. Isto é, devemos nos sentir desconfortáveis, e onde os profissionais se sentem desconfortáveis e devem estar é na comunidade. Devemos habitar esse território que não é nosso, mas habitá-lo contraditoriamente. É mais desconfortável, é mais cansativo, e por isso, quase ninguém faz, realmente, um trabalho comunitário. Poucas pessoas fazem esse tipo de trabalho, porque a psiquiatria comunitária é um psiquiatra que muda a sociedade, e não a que muda as pessoas que sofrem por ela e nela. Isto é, que abre espaço onde foi levantado um muro. Uma psiquiatria comunitária vai onde faz falta fazer o que for preciso ser feito, independente da sua profissão, sempre ignorando a lógica institucional, essa lógica de poder e saber da qual falamos antes, e vai fazer com que a sociedade também a ignore. Como se reconhece uma psiquiatria comunitária? Pela sua linguagem, pelos seus medos, pelo desconforto confortável, pela facilidade para se camuflar nos bairros e, acima de tudo, ela sua vocação de se retirar, isto é, de sair do caminho. O que faz uma psiquiatria comunitária? Desprescrever fármacos, lutar realmente contra conceitos que são cancerígenos nas nossas práticas, que são: a adesão ao tratamento e a consciência da doença, trabalhar sem diagnóstico, acompanhar a família, construir novas redes, defender os direitos humanos, se opor a dependência, a menos-valia, a invalidez laboral, exceto quando seja estritamente necessário, porque a pessoa decidiu. E, portanto, fugir desse “terrômio” que degenerou nossa reforma. O que a psiquiatria comunitária faz é legitimar as diferenças, se posicionar a favor do direito das pessoas de serem diferentes, e quando uma linha individual de sofrimento for ultrapassada, haver acompanhamento sem ser violentada. Isto é, denunciar continuamente as violências às quais submetemos as pessoas. E o objetivo do nosso trabalho tem que ser sempre a retirada, não de nós enquanto equipe, mas de todo o conglomerado psiquiátrico. Ou seja, recorrer às redes e pegar as rédeas. Então, nesse sentido, a aliança com o ativismo louco e com os movimentos sociais têm um sentido totalmente estratégico, precisamos facilitar e, às vezes, infelizmente, permitir que se estabeleçam outras alianças com as pessoas com as quais estamos trabalhando. E para que elas possam se afastar da gente e evitar a cronificação de seu sofrimento, que é o que fazemos na psiquiatria: cronificar o

sofrimento. Aí está toda a lógica dos fármacos *depot*. Atualmente, a psiquiatria comunitária denuncia o tratamento, a consciência da doença e os fármacos *depot*, que estão dentro de uma mesma lógica que perpetua as práticas manicomiais. Os fármacos *depot* são a morte da clínica, o fracasso absoluto do modelo comunitário. Para que nosso fazer seja um fazer, realmente, comunitário, faz falta um discurso psiquiátrico alternativo, um discurso social que substitua o discurso psiquiátrico. Temos que ter essa questão dentre eles e nós precisamos quebrar esse privilégio que a gente tem que trazer nessa prática, nessa atitude e levar para a sociedade não sempre é possível, mas a gente tem que ter isso como objetivo. Como ficamos nesse binarismo: eles e nós, precisamos tentar romper esse privilégio do normal, a partir de nossas práticas e atitudes, e transferir essa ruptura do privilégio do normal para o social. Então, a psiquiatria comunitária, resumidamente, aspira desaparecer como disciplina, que nosso trabalho seja ficar nesse lugar, que devemos desaparecer. Isto é, que devemos nos retirar a favor de outros discursos e de outros espaços.

E para terminar...fui um pouco rápida, porque estou mais interessada no debate do que aquilo que eu possa dizer, que tampouco é muito...estamos realizando em Málaga, um projeto que tem apenas um ano, mas que apesar do pouco tempo, temos muito claro que precisamos nos transformar em outra coisa ou então nos tornaremos um dispositivo e acabar nos tornando naquilo contra o qual lutamos, porque o poder sempre abre caminho entre os dispositivos e entre as práticas psiquiátricas. E abre caminho, principalmente, quando há a tentativa de mudar sua lógica, e dentro da lógica institucional há algo que não se concebe e não se tolera: que os profissionais se aliem à loucura e não tentem mantê-la sob controle. Com isso, criamos um curto-circuito na lógica institucional. É o que tentamos fazer, mas temos que repensar continuamente sobre o assunto, para não acabar caindo nessas verdades e nessas evidências que governam a psiquiatria hegemônica, como aconteceu com ações que culminaram no fechamento de diversos manicômios, mas que acabaram originando novos manicômios, que começam pelos manicômios simbólicos, que como dizia Foucault, são os diagnósticos, e seguem pela lógica da dependência e das novas instituições, que o único que fazem é prender as pessoas que são diferentes. A diversidade tem lugar dentro da sociedade, e a partir da psiquiatria, criar uma sociedade diferente, onde isso não seja um motivo de exclusão. Vou acabar com Basaglia: “como já conhecemos o pessimismo da instituição, vamos trabalhar pelo otimismo das práticas.”

CLAUDIA GOMES (Faeterj/UFJF/Unifase)

Obrigada Laura! Ontem, nós ouvimos falar sobre a psiquiatria comunitária e acredito que tem muitas perguntas sobre essa questão. Ontem tivemos muitas perguntas sobre como isso aconteceria na prática. Temos muito material para o nosso debate hoje e agora eu vou passar a palavra para o Manuel Desviat, que é uma pessoa muito conhecida aqui no Brasil. Manuel esteve com a gente no seminário da ABRASME.

MANUEL DESVIAT (Psiquiatria – Consultor da Organização Pan Americana de Saúde – OMS/Itália)¹⁰

Bom dia! Em primeiro lugar, eu gostaria de agradecer à e aos companheiros da organização desse seminário. São dias de felicidade, principalmente, para a democracia do mundo e no Brasil e, por outro lado, por esse tema tão interessante, tão importante e tão necessário nesse momento, como comentou a minha colega, Laura Martins. Eu acredito que o principal desafio nesse momento, para superar a evolução biológica na saúde mental, é político, e está na privatização da saúde e no predomínio das empresas farmacêuticas, assim como no complexo industrial, que converteu a saúde em fonte de ganância por dinheiro. Pois bem, o predomínio da psiquiatria biológica, por mais que eles queiram se colocar como uma coisa científica, sabemos que a hipótese do desequilíbrio químico é uma mentira, e uma mentira que, neste momento, não acharam um outro fundamento onde se basear para além do fármaco. Então, digo isso porque vai ser importante na hora de discutir como a gente pode combater esse discurso tão instaurado, tão dentro da sociedade..., mas, a gente não pode esquecer que a noção de verdade, na qual se sustenta essa suposta cientificidade da psiquiatria biológica, na verdade, pertence à retórica do poder. Um pensador espanhol importante, Rafael Sánchez, dizia textualmente: “determinadas verdades são sempre falsas, como evidenciado pelo fato do seu sucesso não vir de estudiosos, mas de guarda-costas.” Bem, todos sabemos quem são

¹⁰ Psiquiatra dos “Servicios de Salud Mental”, Hospital Universitario La Paz em Madrid, Espanha. Fundou e editou as revistas Psiquiatria Pública e Revista da Associação Espanhola de Neuropsiquiatria. Foi consultor da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a área da saúde mental é autor do livro “A reforma psiquiátrica”, editado no Brasil pela Fundação Oswaldo Cruz.

os guarda-costas da psiquiatria biológica, mas como disse Laura, a gente não pode ignorar um certo esgotamento da reforma psiquiátrica, principalmente, nos lugares que ela foi concluída e a construção do discurso comunitário. Evidentemente, é um esgotamento que tem a ver com a política econômica e social adversa destrutiva e integradora, uma política que estão integrando muitas das conquistas da reforma psiquiátrica, desnaturalizando a saúde dos mercados. Como Laura comentou há pouco, sobre o fechamento de manicômios, no entanto, na Espanha ainda existem hospitais psiquiátricos públicos e alguns privados, como acontece no Brasil. Em Madrid existe um grande hospital psiquiátrico, que é verdade, perdeu o seu peso, sua hegemonia, sua importância social e sanitária de antes, agora ninguém quer ser um diretor de hospício, sendo que 20, 30 anos atrás uma vaga muito concorrida. Bem, a economia neste momento, neocapitalista, metaboliza tudo em função dos seus interesses e joga fora quando não serve mais, precisamos claro, também, que o estado de bem-estar onde se originou a reforma psiquiátrica e o modelo de saúde mental comunitária, faz décadas que acabou.

Isso nos faz pensar, como Laura comentava anteriormente e eu compartilho seu discurso totalmente e também compartilho sua prática, precisamos de novas estratégias, novas ferramentas conceituais e práticas, precisamos, também, de novas alianças. Um passo além do comunitário, procurando saúde mental como algo comum e coletivo, porque não queria falar antes disso? Porque o estado tem esgotado as denominações e precisamos denominar novamente as coisas, entre elas o comunitário, e por isso, me inclino pela saúde mental coletiva. Bem, uma saúde mental dentro da determinação social se compõem nessa subjetividade crítica, que Laura tinha comentado, e que eles expõem muito bem em um manual de psicopatologia clássica que publicaram faz alguns anos, e onde a emancipação substitui a adaptação. Temos que desmontar o relato da psiquiatria biológica, tanto na academia como na rua.

Joanna Moncrieff abriu caminho ao questionar a suposta cientificidade da psiquiatria biológica, derrubando a base teórica na qual se finca a hipótese do desequilíbrio bioquímico cerebral, que é melhor para os psicofármacos. A serotonina, a dopamina, os psicofármacos não corrigem uma lesão cerebral, senão que o intoxica assim como o álcool e outras drogas. Para deixar mais claro, o sedan. Em certas ocasiões pode ser considerado um efeito útil, em certos momentos pode ser que profissional e a pessoa que está em sofrimento psíquico negociem o uso de psicofármacos, mas sempre com a consciência de que não repara lesão alguma, que é um paliativo. E o conhecimento dos

efeitos colaterais, tempo de uso e quantidade da dose devem ser negociadas com o paciente. Acredito que nessa nova clínica, a negociação é fundamental.

Robert Whitaker, em seu rigoroso livro, *Anatomia de uma Epidemia*, revelou as armadilhas na elaboração dessas drogas, as práticas mafiosas das empresas farmacêuticas, mafiosa tanto no processo de elaboração dos psicofármacos quanto no envolvimento das instituições de saúde, publicações na área da saúde, associações de familiares, de usuários e de médicos prescritores. Um envolvimento intencional, que ajudou a vender para a sociedade o discurso do psicofármaco como o principal tratamento psiquiátrico, quando não é o único. Um remédio, em realidade, que está pronto para levar e ser consumido, sem a necessidade de aprofundar nas razões do mal-estar, sem perguntar os porquês, tanto sociais como individuais. E assim, as drogas se incorporam na bagagem do sujeito neoliberal, juntamente com a obrigatória competitividade, a precariedade e a dívida. Bem, digamos que a época do Prozac é inaugurada, e claro, dos outros psicofármacos antipsicóticos. E qual o mecanismo? O mecanismo que será usado é simples: se cria um mal-estar, que é o sintoma, é o que a pessoa sente, e leva para consulta. Mas, na consulta, é dado um diagnóstico, não vou falar agora sobre eles, porém, como Laura Martín tinha comentado, não somente eles têm uma fiabilidade duvidosa, como foram criados para o uso universal de determinados fármacos, assim como uma apresentam uma versão confusa cuja intenção é que os fármacos sejam usados em Singapura, Mali ou São Paulo. Se trata, portanto, de um mal-estar, um sintoma, um diagnóstico e a comercialização de um medicamento, que às vezes, é criado junto com um transtorno ou uma nova indicação para um fármaco que já está em uso: um depressivo para a timidez ou ansiolíticos para circunstâncias adversas...ou testes caros, de alta tecnologia, completamente desnecessários. O fato, é que o sintoma se converteu no sinal que substitui a psicopatologia, o protocolo, a escuta e a falha orgânica na biografia, porque nesta prática a biografia do sujeito não existe, porque houve, exclusivamente, uma lesão. O delírio passa a ser só o ruído, não tem a ver com a biografia do sujeito, e menos ainda, com o contexto onde vive. A depressão é entendida como um tripé com a serotonina, e como disse Robert Whitaker, se transforma na “bala de prata”, solução pronta, sem envolver no conflito o meio e a sociedade na qual se vive. Ou seja, é uma forma de encobrir o conflito social, e claro, se existe um conflito psíquico, ficam de fora os determinantes sociais, a produção de subjetividade. Só um corpo, uma cartografia de órgãos e fluidos, mas sem a implicação emocional que foi atribuída pela medicina da antiguidade. Mas, essa é a

síntese dos princípios nos quais se baseia o reducionismo biológico que nós temos que converter. E esse, também, é o cenário que nós temos que enfrentar, tanto na questão política como na social, na medicalização da sociedade e, claro, na organização do sistema de saúde. É nessa integração que foram feitas as tentativas da reforma psiquiátrica em alguns países ao redor do mundo.

Hoje, a partir de diferentes âmbitos da resistência à alienação capitalista, falamos de politizar o mal-estar, politizar o sofrimento psíquico, politizar o mal-estar que não deve cair em um novo reducionismo. Não basta uma afirmação biopsicossocial, é preciso ter uma nova maneira de tratar, uma nova clínica, como dizia Laura Martins. De alguma maneira, eu acho que é preciso voltar a refletir sobre a clínica que foi feita, não se trata de neste momento, depreciar toda a construção clínica e suas técnicas, mas precisamos ressignificá-la na situação atual. Isto nos leva a uma clínica ampliada, que inclua a ação política e a participação do usuário. No Brasil e na América Latina é conhecido dentro do trabalho da Saúde Comunitária. No fim das contas, por trás da aparente parede de neutralidade das neurociências está a ação política neoliberal, uma política de classe. A questão é que a saúde mental não está ausente da luta de classe, porque ao se falar de processo de saúde e doença, do sistema de cuidados, se supõem uma questão política. É tomar partido entre uma ação privatizadora, reducionista, isolada do conjunto da sociedade e dos conflitos humanos e das questões sociais. E também, entender o processo de saúde e sofrimento psíquico como fato completo, seu objetivo social e político que interpela a sociedade toda. Para o psiquiatra marxista, Joseph Gabel, o alinhamento capitalista despersonaliza as pessoas, apenas na medida em que aceitam suas leis, pois ao ser consciente da situação que causa essa alienação, cabe uma ação política. Se transferirmos essa proposta para uma ação terapêutica, seria uma clínica que ajude a reconhecer como chegamos ao mal-estar e como contribuiu para o seu desenvolvimento, a partir da passividade ou a partir da própria atuação, que seria a forma clínica da terapia que propomos. A partir da terapia, então, se dá apoio ao trabalho de assumir a responsabilidade pelo que acontece consigo. É o contrário do que denunciava Laura Martins, da conscientização da doença, isto é, que os próprios usuários aceitem, como chegam a aceitar algumas vítimas, o status de doente para a vida toda, que é o que muitas vezes o circuito saúde e de saúde mental definem, então seria a tomada de consciência da situação do conflito que dará sentido ao sofrimento psíquico, e portanto, a ajuda da terapia ou cuidado, o que nos levará a trocar a recuperação pela emancipação, a dependência pela

autonomia, e o que nos permitirá politizar o mal estar, o sofrimento e ação terapêutica. Mas, essa saúde mental coletiva como a propomos, exige redefinir a comunidade, como Laura Martins propôs. Bem, sempre foi algo confuso de se propor, pois preferimos falar de território, há muitas comunidades dentro do território e uma pluralidade de identidades. Então, de qualquer forma é preciso redefinir a comunidade e reescrever conceitos como: autonomia, dependência, empoderamento, recuperação, consciência da doença e normalidade. Neste momento, se utiliza como um indicador de alta nos serviços, como também indicador de hospitalização, que a pessoa chegou a “normalidade”. Isso é um absurdo, uma espécie de delírio, a diversidade é o comum, todos somos diversos. Não se trata, claro, de empoderar um homem ou uma mulher que transita na diversidade, para que possa se adaptar a essa suposta normalidade defendida nos mercados. Não se trata do diverso deixar de ser diverso, se trata de mudar as regras do jogo para que a diversidade possa coabitar, com os mesmos direitos, nos mesmos espaços, na mesma vida que aqueles que são considerados “normais sadios e fortes”. Por outro lado, a ação comunitária exige um “onde”, e nós até agora viemos falando de comunidade...existe uma tese de doutorado, de Sandra Fagundes, que escreveu falando que a saúde coletiva, a clínica saiu à rua. Então, ao me referir ao “onde”, estou falando do cuidado que acontece na rua, em casa, no mercado e em todas as partes. Como dizia Franco Rotelli, um lugar onde o problema mental, o conflito mental se expressa dentre condições maiores de liberdade. Um dos maiores problemas da psiquiatria é que toda a sua construção teórica, todo seu construto teórico, sua epistemologia foi feita dentro dos muros dos hospitais, tanto do hospital psiquiátrico, por muitos anos, mas também a partir do hospital geral.

As perguntas que as pessoas que trabalham nos serviços de saúde podem estar se fazendo, se é que elas trabalham mesmo de uma maneira comunitária e na rua, como dizíamos, provavelmente não corresponde para nada a aquelas perguntas feitas nas unidades hospitalares e laboratórios de pesquisa. Continuando um pouco a proposta que a Laura fez, sobre o que estão sendo convertidos muitos centros de saúde mental, na maioria por exemplo não existe visita domiciliar. E eu já venho defendendo isso há muitos anos, você não conhece uma pessoa em sofrimento psíquico de verdade, se você não vai até a casa dessa pessoa e sabe como ela vive. Bem, de qualquer forma, existe um “onde” e existe um “como”, e esse “como” é a ação coletiva, é a clínica participativa, são instrumentos e ferramentas que vão sendo construídas e que nós temos que ressignificar

e toda essa cultura da reforma psiquiátrica e da saúde mental comunitária. Ou seja, ao mesmo tempo sempre terão que ser flexíveis e renovadas em função dos contextos.

Bem, de qualquer maneira, há um “como” e há um “quem”, isso é importante em uma nova estratégia. Um “com quem” que já deixou claro, e os companheiros brasileiros conhecem muito bem: O Manifesto de Bauru, conclusão do segundo congresso de trabalhadores em Saúde Mental de 1987, e para mim um dos acontecimentos fundantes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, junto com as grandes conferências municipais, estaduais e nacionais, é onde foram sendo construídas as estratégias e uma maneira participativa os pilares da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Nesse manifesto, ele afirma que a luta não estava só no encarceramento dos hospitais psiquiátricos, na criação das redes comunitárias, mas também, na luta pela igualdade, pelos direitos da classe trabalhadora, para enfrentar o racismo, para defesa dos povos indígenas e das mulheres. E por que? Porque enfrenta o reducionismo biológico, a exploração do íntimo pelo capital, exige a cumplicidade cidadã e a parceria com outras plataformas cívicas que congregam outros sujeitos da diferença e da exclusão. O grande fracasso de muitas das reformas, da implantação do modelo comunitário é fracasso daquilo que estávamos falando, mas das reformas psiquiátricas e sanitárias, em geral, foi a incapacidade de fazer a população enxergar os trabalhadores, cidadão, a grande maioria social os benefícios universais do modelo comunitário, de um modelo universal e próximo da população. Com isso, quis-se ver no início da reforma que o encerramento do manicômio cura para o alienado, mas também, colaborar com o controle social. Mas, o caso é que com o fechamento dos hospitais não emancipou a dominada pessoa com transtorno mental, a alienação social permanece e a psiquiatria ela só trocou o manicômio pelo diagnóstico, como disse Laura Martins. E a psicologia, através de formas sutis de adaptação da diversidade a ordem social, enquanto podemos incluir muitas formas de recuperação e de reabilitação. O que fazer nessa situação? Herbert Marcuse se perguntava, num texto de 1968, qual seria o papel da psiquiatria e a psicologia, e, por conseguinte, até que ponto poderia ser realizada uma psicologia e uma terapia individual em uma sociedade doente, em que o funcionamento normal supõe uma distorção e uma mutilação do ser humano. Herbert Marcuse em seu livro: *A Agressividade na Sociedade Industrial Avançada*, de 1971, conclui que só podemos ver o plano político na luta contra todo tipo de sociedade, contra esse tipo de sociedade, mas então, a psiquiatria seria uma empresa subversiva, era isso que estava refletindo e comentando Laura Martín. E porquê? Por que esse é o dilema,

esse é o dilema que nos encontramos nesse momento os profissionais de humanas, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, familiares e sociedade em geral. E qual é o dilema? De um lado uma psiquiatria e uma psicologia que colabore e que colabora na fabricação da alienação social e íntima; ou uma psiquiatria e uma psicologia comprometida com a mudança social. Pois, não é possível separar as causas e as terapias do sofrimento psíquico da loucura sem considerar a alienação social e ideológica, sem liberar a psiquiatria da servidão do capital, isto é, sem a mudança radical dessa sociedade, não haverá uma mudança real nem na produção do mal-estar, nem nas formas de atender.

Nós não podemos esquecer necessidade de sustentar a teoria da saúde coletiva, da importância do determinismo social, que define os outros determinantes, e também, não podemos esquecer a alienação social e política em que vivemos no mundo atual, o consumismo e a alienação de modo geral, das formas de vida sequestradas pelo consumo, pela dívida e pela concorrência. Entretanto, o que podemos fazer? Se nós temos no horizonte essa possibilidade de uma sociedade diferente da que temos, uma sociedade que admita a diversidade e a igualdade, o que nós fazemos? Eu acredito que podemos ir conquistando espaços de emancipação, espaços livres do reducionismo biológico e que a pessoa em sofrimento encontre seu lugar no território comum, sem renunciar a diferença nas atividades e trabalhos, que como disse Laura, vem sendo feito no centro que ela coordena, na cidade de Málaga. Atividades como as que têm sido feitas no Brasil, e eu conheço e acompanho a reforma brasileira faz muitos anos, desde 1990 ou 1991, e aqui nós temos uma diferença e que eu tenho aprendido muito, como definimos a saúde mental como saúde coletiva. Essa outra maneira de entender a saúde que não se baseia no estilo de vida do indivíduo, no individualismo, mas que se baseia na história da importância da determinação social, como disse antes. Bem, já passo a palavra aos meus companheiros e para as perguntas.

CLAUDIA GOMES (Faeterj/UFJF/Unifase)

Obrigado, Manuel! Você levantou na sua fala vários desafios para pensarmos. E, antes de passar para o Marcelo Kimati, eu queria fazer uma observação, Manuel publicou dois livros que estão em português: *A Reforma Psiquiátrica e Coabitar a Diferença*, são livros muito importantes para aqueles que trabalham com questões de saúde mental.

Agora, vou passar a palavra para o Marcelo Kimati, psiquiatra da Universidade Federal do Paraná (UFPR). A palavra está com você Marcelo.

MARCELO KIMATI (Psiquiatra – Professor de Saúde Coletiva na UFPR)¹¹

Muito obrigado, Cláudia! Bom dia, para todos e para todas. Cumprimentar o Fernando, o Manuel, a Laura. Cumprimentar Ana Paula, e agradecer ao Paulo Amarante, citando a através do Paulo, pelo convite da participação. É de fato, uma grande honra estar participando dessa mesa e eu vou começar a apresentação.

Bom, como essa mesa foi pensada com um brasileiro e dois outros não brasileiros, eu achei interessante trazer a experiência do Brasil em relação ao fenômeno de medicalização, como uma espécie de estudo de caso. Quando a gente diz estudo de caso é sobre pensar dentro dessa trajetória histórica, desse processo de consolidação dessa psiquiatria contemporânea. Eu costumo chamar de psiquiatria contemporânea, ao invés de pensar em uma psiquiatria biológica, porque além do caráter biológico, ela tem uma série de outras particularidades que a distingue de todo um andamento e desenvolvimento da psiquiatria, até então. Essa particularidade tem diversos eixos diferentes: tem um eixo que está na cultura, tem um outro eixo que está dentro do ativismo político, dos desdobramentos econômicos, do impacto no sistema de saúde. Então, eu acredito que um estudo de caso é uma forma bastante apropriada da gente entender a dimensão desse processo como um todo e como a gente pensa o fenômeno da medicalização como um fenômeno complexo, que se insere num conjunto de outros fenômenos e que têm um caráter muito contemporâneo, que dão complexidade a isso. Em alguns relatos, por exemplo, no livro do Whitaker, a gente consegue identificar algumas coisas análogas ao que a gente vê no Brasil na psiquiatria norte-americana. Mas, eu não sei se esse processo e esse fenômeno, que é Mundial, o quanto que ele tem de paralelos com o que vivemos no Brasil. Eu vou tentar fazer um pouco dessa descrição e trazer o caso brasileiro com um ponto de pauta para debate.

Como eu disse, medicalização é um fenômeno complexo e ele é um fenômeno polissêmico. Assim, um grupo de pessoas fazer uso de medicação psiquiátrica, principalmente antidepressivo, de uma forma sistemática, por tempo prolongado, tem um

¹¹ Professor de Saúde Coletiva na UFPR, coordena o Núcleo Interdisciplinar de Estudos Sobre Drogas (NIED) da UFPR com campo de pesquisa nas áreas de saúde mental, medicalização e sistemas de saúde.

significado do ponto de vista sociológico muito diferente em relação a outros grupos. Um estudo que a gente fez, recentemente, identificou numa revisão da bibliografia que no Brasil existe um perfil de usuários de antidepressivos e diazepínicos, por tempo prolongado, que são dispensados pelo Sistema Único de Saúde, que aparece em mulheres de 45-50 anos e que tem um tempo médio que excede aos 7 anos. Isso dentro da Atenção Primária. E, ao mesmo tempo, a gente tem outro estudo sobre medicalização que é o uso, por exemplo, de drogas de desempenho entre estudantes universitários, como anfetamina e metilfenidato, que tem uma finalidade e tem uma interpretação muito diferente. Então, essa polissemia faz com que o mesmo fenômeno, que tem o mesmo caráter, do ponto de vista de parceria, das associações psiquiátricas com a Indústria Farmacêutica, ela ganha relevos, características e significados diferentes, de acordo com grupo social que a utiliza.

Ao mesmo tempo, a gente pode fazer essa discussão em vários eixos, dois deles que foram mais abordados até agora: o caráter epistemológico, as fragilidades epistemológica desse modelo da psiquiatria contemporânea, vimos um pouco do impacto na clínica e na organização dos serviços de saúde, mas aprofundando um pouco mais disso e focando especificamente no caso brasileiro; um outro, que eu acho que existe uma particularidade no Brasil, porque no Brasil nós temos dois processos que aconteceram de uma forma simultânea, praticamente, e que ajudaram a compor o entendimento que temos do momento atual da política de saúde mental no Brasil. Nós temos uma leitura, que é mais usual, de como se dá a construção das atuais políticas de saúde mental no país e sempre tivemos como base os processos de ampliação de direitos, que estão dentro da Constituição de 1988, e os desdobramentos dessa Constituição para a criação, primeiro, do Sistema Único de Saúde. Dentro do Sistema Único de Saúde, uma política voltada para uma população, sendo específico, uma população absolutamente vulnerabilizada e absolutamente vítima de iatrogenia, que foi financiada pelo poder público ao longo de décadas no Brasil. São pessoas com transtornos mentais graves, pessoas institucionalizadas e hospitalizadas ao longo prazo, dentro de instituições públicas ou financiadas pelo poder público. E, como que essa ampliação de direitos, a construção de um sistema foi capaz de criar e expandir uma política de saúde mental, pautado em serviços comunitários e dentro desse serviço, a partir de uma ampla reflexão, uma produção acadêmica gigantesca que se deve, ao longo dos últimos 20 anos, sobre fazer uma discussão e uma organização das práticas de cuidado dentro desse serviço. Essa é uma leitura desse fenômeno que ele foi relativamente hegemônico ao longo desses

últimos 15 anos, na verdade, entre o início dos anos 2000 até os anos 2010-2015. Mas, se olharmos retrospectivamente, hoje, a gente identifica um outro processo, de uma dimensão que tem uma história diferente, é um processo que acontece em um nível internacional, mas no Brasil, tem impactos muito particulares de mudança no modelo da psiquiatria: é o fortalecimento das entidades ligadas às corporações médicas dentro da psiquiatria, e finalmente, um agenciamento político que esses grupos passam a fazer, inicialmente, junto ao legislativo, e posteriormente, no poder executivo, no qual ele se aliam a um governo populista de extrema direita e fazem todo um movimento da remodelagem do modelo assistencial, no sentido de adequar essas práticas medicalizantes a organização e o funcionamento do sistema do público de saúde mental. É essa particularidade que existe no Brasil, ela merece ser discutida. E essa particularidade passa por uma necessidade de releitura, inclusive, das diretrizes e alguns pontos da política de Saúde Mental, sendo que hoje, temos um impacto do ponto de vista epidemiológico gigantesco, a partir desse segundo processo, que é essa consolidação das psiquiatria contemporânea e ocupação do Poder Executivo, de pessoas ligadas a ela, que criaram um impacto do ponto de vista epidemiológico gigantesco e que gera uma tripla carga para o sistema público de saúde. Demoraram muitos anos para essa situação ser revertida, por isso, é uma pauta que ela precisa ter uma priorização do ponto de vista de organização das políticas de saúde, ao custo de que isso tenha desdobramento ao longo dos próximos anos e que se torne irreversível.

Vou tentar falar um pouco das conexões de todos esses processos, tomando como referência essa evolução histórica. O primeiro ponto, é a discussão epistemológica e das fragilidades dessa psiquiatria contemporânea. Já foi bastante falado, imagino, que dentro dos processos de unificação dos manuais diagnósticos, se constroem diagnósticos, categorias que são chamadas por alguns autores de um retorno “Neo-Kraepelinismo”, porque a partir do momento em que você faz descrições de quadros clínicos, que ele se tornam em si categorias, isso traz um fenômeno muito contemporâneo que é: existe uma conversão do que era visto como uma experiência, passível de ser analisada, interpretada e remetida a vida da própria pessoa a um sintoma. Ele entra dentro de um sistema de categoria e esvazia o caráter pessoal, o caráter existencial e o caráter da experiência daquele sujeito. Esse fenômeno da psiquiatria começar a se entender um sintoma como um fenômeno explicativo, ele é uma coisa que me surpreende muito, porque eu vejo, por exemplo, em uma população muito jovem que passa a entender fenômenos psiquiátricos

como fenômenos explicativos, como termos explicativos mesmo que esses grupos tenham posições muito progressistas. É que isso tem uma tal capilaridade, do ponto de vista cultural, que ele é aceito de uma forma acrítica. Um exemplo, que eu sempre costumo dar, é a ideia de ansiedade. Se era um termo, que algumas décadas atrás, remetia a uma experiência de medo que decorria de algum fato da vida do sujeito, hoje ela é um termo explicativo, que explica fenômenos físicos, mas que remete a um fenômeno cerebral. E, na medida em que ele faz isso, o sujeito perde totalmente o protagonismo para conseguir ter uma ação de transformação da vida, transformação do cotidiano. Que ela consiga se reverter numa transformação dessa experiência, porque a ideia da experiência ela se dilui, ela passa a não ser significativa porque o sofrimento, quando ele é transcrito em sintoma, ele cria uma única via de saída, uma única prática social que decorre disso, que é o uso de uma medicação psicotrópica. E esta é uma fragilidade epistemológica, mas que tem uma tal aceitação e permeabilidade, capilaridade na cultura, principalmente, na população entre 25-30 anos, que cresceram dentro desse tipo de concepção, entendimento, descrição em relação a como se sente, em relação ao mundo e em relação a si, que ainda que esse modelo tenha muita fragilidade, ele tem uma grande aceitação. Um sinal do quanto ele é capilarizado se dá na medida em que esses termos psiquiátricos entram dentro do linguajar comum, as pessoas falam: “olha hoje eu tô meio TOC (Transtorno Obsessivo-compulsivo) hoje eu tô meio bipolar”, e assim por diante.

O primeiro ponto, que está ligado ao tema desta mesa, que não basta a gente fazer uma crítica a esse modelo epistemológico, esse modelo teórico da psiquiatria, porque a sustentabilidade dele não está na consistência do modelo teórico, mas nas práticas sociais que decorrem desse modelo teórico e do agenciamento político que essas práticas sociais trazem. Um segundo ponto, é que uma vez instalado esse modelo e uma vez ele tendo algum tipo de aceitação por parte do poder público e do modelo assistencial, ele se consolida e passa a trazer impactos a esse próprio modelo assistencial, que de uma forma geral, a gente ignorou por muito tempo. Esse é um problema de uma onda iatrogênica gigantesca, que demoramos muito para dar-nos conta como uma pauta e um pleito para uma discussão do modelo assistencial, e assim, pensarmos em formas de interferir nisso. Um desdobramento dentro do caráter existencial é a epidemia de uso psicotrópicos. E, no caso brasileiro, o financiamento dessa epidemia pelo poder público. Temos hoje, três grandes impactos que recaem, principalmente, na Atenção Primária, porque no Brasil temos uma particularidade, os dados de uso de psicotrópicos, principalmente, de

depressivos eles são muito difíceis de se obter dentro da rede privada. Os sistemas são fragmentados, não existe um sistema único de coleta, boa parte do consumo de medicamentos comprados em farmácia pela rede privada, são monitorados pelos laboratórios farmacêuticos, através do seu sistema de marketing. Eles dão aplicativos específicos para farmácias, a partir disso eles modelam a precificação desses produtos, premiam, dão desconto e o nível de controle que a indústria tem em relação a dispensação na rede privada é infinitamente maior do que os órgãos de controle do poder público. E isso é uma coisa que a gente tem que discutir. Eu não vejo saída para esse fenômeno que estamos observando, fenômeno supercomplexo, que não seja através de uma intervenção do estado.

E hoje, tal qual em outros países, identificamos em vários outros estudos que temos uma tripla carga para o poder público do Sistema Único de Saúde, decorrente dessa epidemia: uma, é de pessoas que tomam por mais tempo. São pessoas que desenvolvem intolerância a essas drogas, então precisam tomar doses mais altas, e pelo modelo de entendimento de sofrimento mental que converte sofrimento em sintoma, as situações de sofrimento são medicadas. Temos um número maior de pessoas que fazem uso de psicotrópico, lembrando, que o que temos identificado na literatura sobre sofrimento mental, durante o período da epidemia, é que não tivemos um momento tão significativo no número de pessoas com diagnósticos psiquiátricos. Ainda que nós tenhamos tido no Brasil um grande aumento de sofrimento mental verificado a partir de scores, nós tivemos um aumento desproporcional do número de usuário consumindo psicotrópicos.

Um outro desdobramento da pandemia de Covid no Brasil foi um aprofundamento do processo de medicalização, e esse processo que faz com que o Sistema Único de Saúde, em particular, a Atenção Primária converta sofrimento psíquico em diagnóstico psiquiátrico. E, por sua vez, esse entendimento sistemático num sistema gigantesco, que começa a tomar condutas de uma forma homogênea, ele aprofunda essa epidemia. É uma epidemia que nós não temos, hoje, uma porta de saída, porque nós não temos a percepção desse ponto de vista das políticas públicas, não temos estratégia para isso e não temos diagnóstico, não sabemos qual o tamanho dessa epidemia dentro da rede pública do Brasil e continuamos financiando esse tipo de práticas dentro do sistema gigantesco.

Outra coisa importante, pensando no impacto desse modelo dentro da rede assistencial, é que a partir do momento em que existe essa conversão de sofrimento em diagnóstico, o diagnóstico passa a ser o elemento central da formulação de plano terapêutico. O que nós estamos vivendo, também, não só na nossa atenção primária, mas também na atenção primária, assim como em serviços da rede comunitário, Centro de Atenção Psicossocial é que na medida em que diminui, proporcionalmente, o financiamento e as práticas de cuidado nesse serviço, ele se fragiliza, assim como, as vinculações de trabalho dentro dessa rede. Existe uma tendência a fazer com que as práticas fiquem cada vez mais centradas no diagnóstico. A prática de desenvolver projeto terapêutico singular, trabalhar em parcerias junto com Atenção Primária e trabalhar dentro do modelo de rede de atenção são práticas de cuidado que são muito mais complexas, muito mais caras, e elas exigem muito mais vínculo, na medida em que tudo isso se fragiliza, com o sucateamento do sistema, o diagnóstico psiquiátrico volta a emergir como o elemento central da formulação do cuidado.

É importante dizer que ao longo desses últimos 20 anos no crescimento, na expansão das políticas de saúde mental, dentro do referencial da reforma psiquiátrica, houve um esforço de desenvolvimento de tecnologias, como por exemplo, os projetos terapêuticos singulares. Eles associam uma mudança do processo de trabalho nesse serviço ou a construção de novos processos de trabalho, a identificação da importância de múltiplos olhares na formulação do projeto, junto com equipes multidisciplinares, como Laura havia dito, como uma forma de criar um contraponto a uma centralidade histórica do papel do psiquiatra nas equipes multidisciplinares. Na medida em que o processo e o modelo é sucateado pelo próprio governo federal, incluindo a diminuição de financiamento, precarização do trabalho, etc. Existe uma tendência a resgatar um modelo que está se tornando hegemônico, mesmo dentro dos serviços que funcionam num referencial de território, de cuidados centrados na pessoa, de equipe multidisciplinar, de formulação de projeto terapêutico singular. Então, o impacto não é só na Atenção Primária, o fortalecimento desse modelo de psiquiatria implica na maior organização do processo de trabalho dentro dos próprios serviços de referência territorial. E aí, eu acho interessante trazer a medicalização no Brasil como um estudo de caso, porque além desse movimento de consolidação da psiquiatria contemporânea, que a gente vê desde os anos 2000, nota-se como esse movimento no Brasil consegue fazer um agenciamento, inicialmente, junto ao poder legislativo, onde ele cria uma bancada sendo financiado pela

indústria farmacêutica, e a partir desse alinhamento político ele começa a construir pontes que culminam com o alinhamento completo da classe psiquiátrica, ligada por associações de classe ao governo federal. É uma série de posicionamentos que foram compartilhados, também, por outras entidades médicas no Brasil. Nós tivemos esse processo durante a pandemia, durante esse último governo que foi um alinhamento formal das entidades médicas, do Conselho Federal e regionais de medicina, e das associações de psiquiatria ao governo atual, ocupando cargos e dando diretrizes da política de saúde mental. Esse apoio, por outro lado, foi muito importante para o governo, na medida em que ele dava um ar de cientificidade para as bizarrices que vimos em relação à epidemia e em relação aos comportamentos negacionistas, que no caso das entidades médicas, foi convertido dentro de um discurso de liberdade em relação à história de tratamento. O que nós vivemos no Brasil nos últimos quatro anos em relação às entidades médicas, é um capítulo particular a ser estudado. É algo que não pode mais acontecer. Esse tipo de alinhamento político, que enfrenta dados científicos e coloca as pessoas numa situação de vulnerabilidade, é algo que exige uma ação do Estado para que isso não volte a acontecer em nenhum outro momento.

No caso brasileiro temos, também, o que a gente pode chamar de um movimento econômico, que é associado à expansão da indústria farmacêutica e à incorporação desse modelo pelo Sistema Único de Saúde. Em particular, pela Atenção Primária à saúde. No Brasil, a gente tem uma coisa curiosa. Aqui, ao longo dos anos 90, início dos anos 2000, existe um apoio das entidades médicas e, principalmente da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), às mudanças da política. E isso, Klaiman fala com muitos detalhes. Na década de 90, existe a criação de uma nova identidade do psiquiatra, que passa a se distanciar de outros campos de conhecimento “psi”, como psicologia, psicanálise, etc. Para criar uma identidade mais próxima às outras especialidades médicas. E essa ideia de cientificidade, aliás, a ideia de cientificidade é uma acusação de falta de cientificidade, é uma acusação que as associações psiquiátricas sempre fizeram à Política Nacional de Saúde Mental e, ironicamente, se aliaram a um governo absolutamente negacionista da ciência, das vacinas e assim por diante. Mas, existia no final da década de 90, início dos anos 2000, um alinhamento dessas entidades às mudanças da política de saúde mental, que está muito relacionado à construção dessa nova identidade da especialidade da psiquiatria e da própria figura do psiquiatra. Esse alinhamento tem a ver com a identificação de que o manicômio já não é um lugar legal, assim, para essa especialidade médica, o pleito

principal das mudanças do modelo assistencial é o aumento do número de leitos em hospitais gerais, que passa a ser entendido como o *locus* preferencial de atuação do psiquiatra enquanto especialista. E, principalmente, das enfermarias de psiquiatria em hospital geral, sobre a qual existe uma literatura que é lançada nos anos 90, que passa a ser um pleito sistemático durante esse período das corporações médicas. Só que, já no final dos anos 90, início dos anos 2000, começa a existir uma forte capitalização, especialmente, dos institutos públicos ligados às universidades públicas, que passam a fazer parcerias com a indústria farmacêutica. Isso aparece no ponto de vista arquitetônico, já que muitos desses institutos construíram prédios e sedes novas, e passa a existir dentro dessa elite da psiquiatria financiada, que tem uma ligação com a formulação de diagnósticos no Brasil, com a tradução do CID, com a divulgação de novos diagnósticos psiquiátricos, que surgem no final da década de 90, e passa a existir uma elite chamada psiquiatria biológica no Brasil. É ela que se organiza através do fortalecimento das entidades corporativas e das associações de psiquiatria.

Esse apoio vai até uma virada de oposição, a partir do ano de 2005-2006, quando eles passam a fazer um desenho de um novo modelo assistencial, identificando os dispositivos do diagnóstico e o papel do psiquiatra como centrais, e eles devem ter uma relevância maior dentro das práticas na rede de saúde mental. Então, eles pleiteiam a ampliação do financiamento dos leitos psiquiátricos nos hospitais gerais, pleiteiam financiamento dos ambulatórios de psiquiatria e passam a fazer críticas sistemáticas, que vem até hoje, ao modelo de atenção comunitária, aos serviços comunitários, ao processo de fechamento de leitos psiquiátricos e ao desfinanciamento desse tipo de dispositivo. E aí, a partir dos anos 2006-2007, começa a ter um aumento, na verdade, não teve exatamente um aumento do número de usuário de crack, começou a se ter um debate a partir dos anos de 2010-2011 se existiu uma epidemia no país, mas ele foi um grande eixo de articulação dessa psiquiatria biológica e das entidades em oposição a Política Nacional de Saúde Mental.

Outro ponto interessante, é que esse agenciamento e consolidação dessa psiquiatria contemporânea, dentro das entidades de classe, acontece em articulação. É um grupo que se financia através de parceria com indústria farmacêutica, esse financiamento é dado em grandes encontros da Associação de Psiquiatria, que passa a emitir certificados de especialista para psiquiatras dentro do Congresso Brasileiro de Psiquiatria, passando a

ser o maior evento da psiquiatria nacional. Esses encontros têm cada vez mais a participação de deputados (se forma uma bancada dentro do Legislativo dessa classe) e esses encontros são fortemente financiados pela indústria farmacêutica. Em cópia ao que aconteceu nos Estados Unidos é criada uma lei da psicofobia no Brasil. É muito interessante, porque ele vem na esteira de movimentos identitários, que criam leis de proteção a minorias.

A lei da psicofobia ela vem disfarçada de um movimento anti-preconceito, de fortalecimento de identidade, de proteção ao sujeito, quando na verdade ela é uma espécie de autorização para o uso de psicotrópico por um tempo indeterminado. O preconceito que a lei da psicofobia quer combater, não é o mesmo preconceito que a luta antimanicomial procura superar. Não é um preconceito que está relacionado a institucionalização das pessoas, a perda de autonomia, mas ela combate um preconceito ao uso de psicotrópicos, a identificação do sujeito a partir de um diagnóstico. Além da psicofobia, essa lei torna mais possível um fenômeno que vemos muito nos Estados Unidos: a criação de associações a partir de diagnósticos médicos. As pessoas passam a se identificar e organizar a sua vida comunitária e social a partir de categorias médicas. Existem associações de pessoas com transtorno obsessivo-compulsivo, associação de pessoas com ansiedade, passam a existir associações de psiquiatras especialistas dentro da especialidade. Não só a lei da psicofobia, mas o sistema de organização diagnóstica no Brasil ajuda a criar alguns recortes de ordem social, de ordem política e que, também, passam a ter algum grau de agenciamento. Existe um movimento sistemático de proposição de modelo de atenção, por exemplo: Associação Brasileira de Psiquiatria tem desde 2007-2008 uma prática sistemática de levar a todos os novos Ministros da Saúde (menos agora que de fato assumiram a gestão das políticas de saúde mental) um modelo de atenção que é pautado em serviço de centralidade psiquiátrica, de centralidade de diagnóstico, organização da rede como um todo, não a partir de uma lógica da epidemiologia, mas de oferta de diagnósticos e de institucionalização de uma forma light. Isso que o Manuel Desviat falou é muito importante, a gente tem que pensar o diagnóstico psiquiátrico como uma forma de institucionalização. E é uma forma de institucionalização que o sujeito reproduz todo dia: reproduz o diagnóstico dele, reproduz uma identidade social, reproduz uma inserção institucional através do diagnóstico. O diagnóstico remete à práticas sociais, onde ele remete a um tipo específico de interseção social, e porque não, alinha o sujeito a um modelo de intervenção em saúde que é mais alinhado a um modelo

assistencial, que é justamente o que a psiquiatria contemporânea e as associações médicas se esforçam por implantar no Brasil, desde meados da década passada. A partir de 2017, a gente tem uma entrada formal desses grupos dentro da política de saúde mental e temos estudado bastante o quanto que, a partir daí, existe todo o movimento dentro do governo que, felizmente, é identificado, freado e protestado por dentro dos movimentos sociais, por associações de saúde mental. Mas existe todo um movimento de revogação de portarias, justamente, de modelos que teoricamente não são centrados nas práticas médicas, que incorporam uma tecnologia leve, por exemplo: reunião de equipe, acolhimento, em que o diagnóstico médico tem um papel, sim, mas um papel que é diluído, não passa a ter toda a centralidade como se vê dentro de um ambulatório de psiquiatria, por exemplo.

Um ponto importante de falar, é que é esse ativismo político, essa capacidade do modelo de ter uma capitalização do ponto de vista cultural, esse poder econômico, poder institucional da psiquiatria contemporânea é muito importante a gente dizer que ele interfere fortemente, não só na formação médica, mas na formação de outras áreas “psis”. Eu vivo no estado do Paraná, o que eu vejo da prática de muitos psicólogos, e eu não acredito que isso seja um fenômeno pontual, pautada no diagnóstico. Existem alguns modelos de abordagem psicoterápica que são mais convergentes com esse modelo da psiquiatria, principalmente as terapias cognitivo-comportamental, que passaram a ser progressivamente mais adotadas como uma forma de alinhamento e essa é uma preocupação, qual é o ponto em que o fenômeno se torna irreversível? Na medida em que ele passa a interferir na formação de profissionais não médicos, você cria um alinhamento total das profissões “psi”, desse modelo dentro de um modelo assistencial, que também já é convergente. É como se tivesse tudo dominado, assim a intervenção tem que ser multifatorial e multidimensional. Tem que acontecer simultaneamente, e eu vou fazer algumas propostas. As diretrizes para a gente transformar isso é: primeiro ponto, temos de ter uma intervenção do estado. Esse não é um fenômeno que se resolve pelo mercado, ele se resolve pelo bom senso ou se resolve pela sobreposição de modelos de mais racionalidade. a psiquiatra contemporânea tem um modelo, que do ponto de vista de capital simbólico, é imbatível. Vamos pensar, por exemplo, na rede privada, ela vende basicamente procedimentos, como consultas médicas, ela tem subprodutos e um dos subprodutos do é o atendimento psiquiátrico, e o principal é o medicamento em uso. É um sistema feito para que o vínculo seja feito com a droga, e não como o prescritor. E o

sistema é privado favorece muito isso, principalmente através dos planos de saúde, onde não existe uma constância da pessoa ser atendida várias vezes pelo mesmo médico, o vínculo fica com a droga.

A atenção primária começou a fazer a mesma coisa, como temos uma circulação grande de médicos por causa do sucateamento e fragilização dos vínculos trabalhistas na rede pública, os médicos entram e saem, mas a medicação continua a mesma. O tempo médio de uso de um antidepressivo na rede pública ultrapassa, e muito, o tempo médio de permanência do médico dentro dessa unidade de saúde. Então, a vinculação não se dá com o médico ou com o sistema como um todo, se dá com a droga. Com isso, a primeira coisa a ser feita é fazer um diagnóstico do tamanho desse fenômeno no Brasil, um financiamento de estudos de grande porte e identificação de impactos no modelo do sistema de saúde e de educação. Qual é o custo disso? Qual é a iatrogenia que a gente já produziu em relação a isso?

Segundo ponto: vamos pensar no exemplo da atenção primária, na medida em que deixamos de ter profissionais de saúde mental não-médicos na Atenção Primária, como acontecia com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), favorecemos esse sistema que acaba convertendo sofrimento em sintoma, sintoma em diagnóstico, diagnóstico em remédio. Então, existe uma linha que está se tornando cada vez mais hegemônica e que se fortalece, na medida em que, não conseguimos fazer outras ofertas de abordagens.

Nosso atual limite nas políticas de saúde mental no Brasil está na Atenção Primária, nosso maior problema hoje, não está dentro dos manicômios. O tamanho do problema que temos na Atenção Primária não é dimensionável. O barateamento das drogas, dos remédios, dos medicamentos antidepressivos que são dispensados, se torna, do ponto de vista financeiro, muito pouco relevante para o poder público num primeiro momento. Só que, essa tripla carga de ter cada vez mais pessoas usando doses cada vez mais altas e por mais tempo, cria um problema a longo prazo que teremos que lidar, mas que não é algo que vai sair barato. Por isso, é necessário o forte investimento em práticas de saúde na Atenção Primária que não são voltados para a medicalização, criar e adotar protocolos de segurança de prescrição, esse é um fenômeno que deve ser mundial, mas tem e pode começar aqui. Temos evidências suficientes para mostrar que um sistema pautado na prescrição de antidepressivos ao longo prazo, em altas doses, tem um poder

iatrogênico. Do ponto de vista legal, é um sistema que fere os direitos, fere a saúde do usuário.

A criação de novos marcos de formação da psiquiatria. A formação de psiquiatria não pode certificar especialização através de uma prova que é feita por uma entidade que tem interesses econômicos, que tem um gerenciamento específico dentro do Poder Legislativo, que pleiteia politicamente. Não é lícito o estado ficar longe desse tipo de certificação de especialidade, tem que existir algum tipo de controle e acompanhamento. Algo que sempre cito: na rede de saúde e em serviços públicos, de uma forma geral, quantidade é qualidade. No Brasil, temos uma lógica de dimensionamento do serviço saúde mental que não parte de um referencial epidemiológico, parte de um referencial de disponibilidade financeira. Quanto maior a população referenciada numa equipe de saúde mental e num serviço de saúde mental, menor é a quantidade de procedimentos e de práticas de cuidados que podem ser desenvolvidas. Quanto maior a população que é coberta por um serviço, maior a tendência de serviço passado para protocolos referenciados em diagnósticos médicos para desenvolver e organizar as suas práticas., Tudo isso passa por uma expansão do modelo de atenção, do fortalecimento da Atenção Primária, regulamentação a partir do Estado da prescrição médica, acompanhamento da formação em Saúde Mental e Psiquiatria e, principalmente, a identificação do tamanho do estrago que esse processo de medicalização vem trazendo para a atenção em Saúde Mental no país e para rede como um todo.

Agradeço novamente o convite e a possibilidade de estar aqui discutindo com vocês. É um grande privilégio, uma grande honra. Quero agradecer a atenção.

CLAUDIA GOMES (Faeterj/UFJF/Unifase)

Muito obrigada, Marcelo! Você colocou com maestria o tamanho do nosso problema, o que precisamos acrescentar e quantas questões precisamos enfrentar. Já temos várias perguntas. Para começar, a primeira pergunta vem do Airton de Oliveira Fernandes, que traz a seguinte questão: “Qual o papel dos hospitais gerais, das emergências e urgências psiquiátricas? Precisamos de alguns hospitais psiquiátricos para que tenhamos o funcionamento de emergências e urgências?” A palavra está com vocês: Laura, Manuel e Marcelo.

MANUEL DESVIAT (Psiquiatria – Consultor da Organização Pan Americana de Saúde – OMS/Itália)

Bom, acredito que emergência psiquiátrica tem que acontecer em diferentes lugares, não somente em um lugar, como acontece na maioria dos lugares: nas unidades hospitalares ou manicômios. Eu considero que a urgência tem que ser atendida desde o centro de saúde até na própria residência. Existem casos em que, quando necessário, a hospitalização na residência pode ser feita sem problema. Já, quando é um problema que pede uma necessidade de maior cuidado e atenção, a urgência não pode se localizar só na emergência do hospital geral, porque tende a ser uma emergência apressada pelas demandas, que são muitas nos hospitais públicos, tendo em conta que cada vez funciona pior a Atenção Primária, já que tentam desmontar cada vez mais a Atenção Primária, para privatizar o sistema, mas eu estou falando da Espanha e outros Países Europeus. A situação vai depender. Eu diria que o último lugar para uma urgência psiquiátrica, digamos, é uma urgência em um hospital geral e que está tudo bem ter urgências psiquiátricas nesses hospitais gerais, no entanto, não devem assumir a totalidade das urgências.

CLAUDIA GOMES (Faeterj/UFJF/Unifase)

Marcelo e Laura gostariam de comentar essa pergunta?

LAURA MARTIN LOPES-ANDRADE (Psiquiatria – Presidente de La Asociación La Revolucion Delirante)

Bom, na equipe em que trabalho tentamos ter o objetivo de que as pessoas nunca cheguem a ir ao hospital, porque entendemos que o hospital é um lugar que quando uma pessoa entra, ela é tratada somente como um corpo. A crise é o momento em que a subjetividade, às vezes, pode entrar em colapso, mas atender a crise fora do lugar onde a pessoa está implicada em uma alienação dupla: não é só a estranheza que estou vivendo, mas ainda por cima, vou para um lugar estranho e normalmente com características bastante violentas.

Há contenção mecânica e medicação forçada, então acredito que a crise deve ser compreendida. E eu acredito que um profissional da saúde mental se define pela forma como age na crise. Foi um erro, não sei se de repente estou falando certo aqui, mas eu acho que foi um erro levar a urgência psiquiátrica para hospital geral, porque isso gerou toda uma mudança e uma reviravolta para todo o serviço dos residentes de psiquiatria. A primeira coisa que começam a fazer é “guarda-portas” aqui na Espanha, então eles se colocam imediatamente na urgência geral, pois assim você não se esquece que é médico, É a mensagem que se envia. Aparece de jaleco, entra numa lógica hospitalar e isso acontece no primeiro ano de formação. Ocorre uma deformação profissional no campo médico, e por outro lado, eu faço guarda no hospital geral e entendo que meu trabalho lá, é uma espécie de “força de segurança” ou porta de entrada que dá acesso à unidade psiquiátrica. E assim entendo que sou psiquiatra, que a noite ou nos fins de semana é a única que pode atender a urgência psiquiátrica. Eu tento reformular esse lugar, ou seja, a pessoa que vem com uma crise, com uma situação de colapso, tentamos dar ferramentas para que, tanto a pessoa quanto a família, possam enfrentar essa situação. E, às vezes, são ferramentas que passam pelo social e que passam informação sobre direitos, sobre prestações ou sobre os recursos territoriais.

Então, tentamos ter essa ferramenta preparada para poder ajudar a pessoa, nem sempre essa ferramenta é um fármaco. Já, por outro lado, acredito que em uma emergência psiquiátrica tem que ser feito um diagnóstico, não que seja algo que somos forçados pelo sistema a colocar e dar um diagnóstico quando a pessoa abandona o hospital. Quando se está conhecendo uma pessoa no seu pior momento, e você não pode obter uma opinião sobre o que essa pessoa passa, nem sobre como vai estar essa pessoa, haveria que colocar algo como problema geral ou problema clínico, porém nunca realizar um diagnóstico em um serviço de emergência.

Nós que trabalhamos em domicílio, que trabalhamos no território, tentamos usar a ferramenta que temos, trabalhar a crise dentro do contexto da pessoa. E, muitas vezes, as pessoas te dizem que graças a crise encontram seus próprios limites, sua própria verdade e encontram a abertura de um mundo novo, que não conheciam antes e isso é uma ferramenta para seguir adiante. Eu acredito que não devemos endemonizar a crise. É melhor não tê-la, mas às vezes, elas trazem algo útil.

E acredito que devemos falar um pouco desse sentido das coisas, que passam, e não individualizar a crise. Seria outro tema que gostaria de abordar: parece que a pessoa que vem até você é um indivíduo que está em crise. Podemos ir em círculos concêntricos do indivíduo para sua família, bairro e comunidade e todo o sistema social, acredito que há muito mais elementos que atravessam uma crise, do que apenas um indivíduo sozinho.

MARCELO KIMATI (Psiquiatra – Professor de Saúde Coletiva na UFPR)

A resposta da Laura é perfeita, no entanto, não sei se daria essa resposta dependendo do usuário. Tem dois conceitos que são muito legais para pensar essa diferenciação: O primeiro conceito, é o conceito do sistema de saúde no Brasil. De uma forma geral, ele é tradicionalmente pensado em níveis hierárquicos de adensamento de tecnologia, por exemplo: você tem uma rede hospitalar, uma atenção de rede especializada e uma atenção primária. Dentro desse modelo, temos uma fragmentação das práticas de cuidado e uma caracterização das práticas de cuidado em cada um desses serviços, mas que atuam de uma forma não complementar, com baixa articulação dentro de um sistema. Dentro dessa concepção dá para caracterizar quais seriam os quadros que cada um desses serviços iria ocupar.

Temos umas perguntas que não tem sentido, por exemplo: esse usuário tem perfil para ir para um Caps? Ele tem diagnóstico para ficar na atenção primária ou ir para um Caps? Esse usuário tem critérios para ter uma internação agora? Porque essas perguntas estão relacionadas com esse modelo de sistema assistencial. Ao pensar em rede, se imagina que são serviços complementares, atuam de forma solidária, articulada e existe uma continuidade entre esses serviços. E a utilização dessa rede é feita a partir de uma lógica de projeto terapêutico singular. O que a Laura citou é: “Ok, eu vou fazer essa atenção da crise em casa, no hospital, num pronto-socorro, na UPA ou no CAPS, na atenção primária... não sei, isso depende do projeto terapêutico singular”. Eu acho que precisamos radicalizar esse tipo de conceito, porque ou se organiza o funcionamento do sistema a partir do sujeito ou se faz isso a partir do diagnóstico. Não tem meio termo.

Se você pensa que o pronto socorro e o leito em hospital geral é o local de atenção à crise, não tem jeito, vai ter que ser colocado: Quais são os diagnósticos? Qual a caracterização clínica? Que instrumento vai ser utilizado para medir essa gravidade

clínica? E é justamente isso que a Laura está falando, a pessoa em crise chega dentro de um hospital e é mais um corpo, ele não tem subjetividade, não tem vínculo. Ou a gente tem uma rede que é norteadada pelo vínculo, pelo projeto terapêutico singular, pelo sujeito como o protagonista do próprio cuidado ou pensamos num sistema fragmentado, organizado a partir de uma caracterização clínica psiquiátrica e por diagnóstico psiquiátrico, que está voltado para a medicalização ou para intervenção medicamentosa. Não tem muito meio termo. Se andarmos no caminho, temos que andar no caminho da constituição, de fato, de uma rede e não pensar em serviços.

MANUEL DESVIAT (Psiquiatria – Consultor da Organização Pan Americana de Saúde – OMS/Itália)

Deixa eu comentar uma coisa breve. Acredito que vocês têm uma questão que tem relação com as unidades dos hospitais gerais. Quando se iniciam os processos da reforma, praticamente em todo mundo, se pensou que era totalmente imprescindível montar unidades de hospitalização nos hospitais gerais, por duas razões: uma porque era a forma de evitar o ingresso no hospital psiquiátrico e porque se pensava que a entrada de profissionais de saúde mental nos hospitais gerais iria humanizar essas unidades. O fracasso ocorreu porque essas unidades não se humanizaram. O que aconteceu foi que o pessoal que trabalha nessas unidades se biologizou e positivou. E, provavelmente, há lugares que funcionam de alguma maneira, que resgatam antigos procedimentos de comunidades, psicoterapias, psicoterapia institucional..., mas a maioria atua de uma maneira altamente biológica.

Eu me lembro de uma rede importante que funcionava em Madri, muito boa, mas que de repente, uma mudança no chefe dessa unidade provocou uma mudança, acontece que ele queria passar a consulta com o jaleco branco. E esse é o problema.

Queria comentar mais uma coisa, porque fala de um fracasso importante da psiquiatria, Laura comentou brevemente, é sobre a contenção. O problema é que as unidades acabaram se convertendo numa história de tortura. A Comissão Europeia não considera, mas é de fato uma tortura. É preciso considerar que no final o sistema acaba convertendo a pessoa em sofrimento em um corpo, mas não só isso, ele acaba maltratando o corpo, sem nenhuma dignidade. E outra coisa que não falamos, existe uma questão

fundamental na emergência: contar com as pessoas em primeira pessoa. Isto é, contar com as equipes de ajuda mútua entre as pessoas em sofrimento psíquico, em colaboração com serviços de saúde mental (ou não) para abordar essa primeira situação de crise, para permitir que a pessoa elabore e utilize isso como uma defesa, como uma reconstrução no meio daquele sofrimento. Que seja responsável, digamos, por sua situação.

E sim, a emergência é importante. Eu acredito nos recursos, principalmente, que podem estar sendo organizados no mundo, as redes que estão sendo organizadas na América Latina. Sabemos que é preciso ter muito cuidado com essas unidades criadas, já que é provável que sejam necessárias, mas não o papel fundamental que estão dando neste momento. Isto é, a emergência tem que ser atendida em outro lugar.

CLAUDIA GOMES (Faeterj/UFJF/Unifase)

A próxima pergunta é da Gleice Marciano para Kimati. Porém, caso o Manuel e a Laura quiserem, sintam-se à vontade para responder. A pergunta diz assim: “Kimati, para você, qual o maior gargalo da gestão das políticas de saúde mental no que tange à luta? ”

MARCELO KIMATI (Psiquiatra – Professor de Saúde Coletiva na UFPR)

[Parte sem som...] no ápice da epidemia, aumentar o financiamento de serviços de internação, com uma possível contaminação gigantesca dentro desses serviços, com financiamento público sem evidência de efetividade e com procedimentos compulsórios. Eu não consigo imaginar nada pior do que isso: o poder público financiar instituições de isolamento, ampliar o financiamento dessas instituições, sem nenhum tipo de evidência científica de que eles não geram iatrogenia ou que eles trazem algum tipo de benefício, sem nenhum tipo de controle de infecção. Teve uma coisa bizarra, eles diziam que tinha que ficar 10 dias de isolamento, mas isso não aconteceu e não houve fiscalização, então não sabemos quantas pessoas se infectaram e morreram dentro desse serviço que fazia procedimentos compulsórios e involuntários. Outra barbaridade, que tem um componente simbólico e que politicamente foi muito efetivo, foi a postura das entidades médicas em relação ao negacionismo da Presidência da República. Foram movimentos que puderam ser feitos a partir de uma prerrogativa do executivo de determinar política e, ao contrário, de uma série de outras ações que aconteceram ao longo desses últimos quatro anos, ao longo dessa epidemia. Os movimentos sociais não conseguiram deter ou eles acabaram minimizando esse tipo de problema.

Existem outras situações que foram evidências de absoluto descaso, por exemplo, durante a pandemia nós não tivemos nenhum tipo de diretrizes do funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial, que é uma rede desenhada para ter cuidado comunitário, com atividades coletivas e que, potencialmente, poderiam contaminar as pessoas.

O ministério não estabeleceu parâmetros de funcionamento durante epidemia e aconteceu que a rede como um todo, no Brasil, abria e fechava de acordo com ocupação de leitos de UTI, o que não tem muita relação. Temos como exemplo, que mesmo quando trabalhadores começaram a ter acesso à vacinação, não se desenvolveu um projeto nacional de desenvolvimento de projeto terapêutico domiciliar, pois esses usuários tinham que estar em casa. Por que a gente não fez isso? Por que não foram monitorados os egressos de internação? Por que não foi monitorada a dispensação de medicamentos dessas pessoas? Por que não monitorou as tentativas de suicídio que começaram a aparecer nas Unidades de Pronto Atendimento? Porque não foi monitorado os grupos que estavam mais vulneráveis a cometer suicídio, já que existiam dados desde 2018-2019 em relação a quais eram essas populações vulneráveis?

Existiram outras barbaridades que decorreram de descaso, eu acho que tem duas vertentes: existe uma vertente do descaso e do desprezo pela vida; e existe uma outra vertente, que é uma absoluta incompetência administrativa. Tivemos gestores na área de saúde mental, ao longo desses últimos anos, no governo federal, que não sabiam escrever um edital. Não sabiam fazer uma análise de dados epidemiológicos, não sabiam converter essa análise de dados epidemiológicos, já feitas por outros autores em políticas públicas. Foi tudo muito catastrófico, é difícil de escolher assim alguma coisa, porém esse horror de você promover políticas públicas de aglomeração no momento de isolamento social, sem vacina e com financiamento público em práticas involuntárias, isso é algo muito próximo a crimes contra a humanidade.

MANUEL DESVIAT (Psiquiatria – Consultor da Organização Pan Americana de Saúde – OMS/Itália)

Referente ao gargalo, que foi a pergunta. Primeiro, vou falar que a reforma de saúde mental e psiquiátrica que estudei em todo mundo, todas elas foram feitas contracorrente. Pensando nisso, foram contra a corrente do poder político, econômico, e sobretudo, aquelas que foram feitas a partir dos anos 80, a partir do momento que

Margaret Thatcher, Ronald Reagan iniciam a neoliberalização. Isto é, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Banco Mundial estão pensando em defender a privatização do sistema, com um conceito de que se você prejudica a sua saúde, você paga. Então, a reforma espanhola foi feita com ambiguidade, o que quero dizer é que o poder político a deixou por um tempo. Um exemplo de onde estava nosso gargalo: eu como representante de uma associação no início dos anos 80, conheci um ministro socialista de saúde. Assim, conseguimos muitas vantagens, vantagens financeiras, econômicas e de pessoas, pouco depois, não se conseguiu mais. Onde estava o obstáculo? No ministério da economia, que financiava a farmácia e o controle dos fármacos, dos remédios. Eu diria que o gargalo, em geral, está em um sistema econômico que favorece a privatização e os fármacos. Por outro lado, quando falamos da covid e da pandemia, creio que a pandemia significou o fracasso do sistema saúde que eles vendiam como sistemas ótimos, que eram os sistemas de saúde europeus e o canadense. E realmente eram, porque são os sistemas que se baseavam em um modelo biológico positivista, modelos complexos, de grandes complexos hospitalares e por um modelo de reparo de uma pessoa doente. Mas que se esqueceram da epidemiologia, da saúde pública. Na Espanha, a equipe de alerta era de 7- 8 pessoas, em Madri a diretoria de Saúde Pública foi excluída. O sistema colapsou porque tentaram enfrentar a realidade, a partir de um sistema obsoleto para esse tipo de pandemia. As respostas, muitas vezes, surgiram dos profissionais que quando disseram que deveriam ficar isolados, foram para casa. Mas, não só dos profissionais, como de pessoas dos bairros, que se juntaram a eles, ajudaram as pessoas necessitadas e foi uma resposta cidadã, como acontece em muitas catástrofes de outro tipo. Porém, o Estado não estava preparado e continuam sem esse preparo. Você pode pensar, por exemplo, em 2008, se eu fosse tirar algum conhecimento bom para o futuro, é que o sistema que eu conheço não serviu para nada, ao contrário, continuaram propondo os mesmos sistemas que o anterior. Então, o gargalo para mim, seria como podemos desobstruir esse gargalo. Eu acho que vocês, no Brasil, vocês fazem muito bem. Eu estive desde as manifestações importantes contra Collor, sei que as manifestações ali foram muito importantes. Os movimentos, a mobilização social na luta para conseguir que as pessoas que nos governam, sejam pessoas que realmente tentam beneficiar a população, e não simplesmente os seus interesses ou interesses de determinada minoria.

CLAUDIA GOMES (Faeterj/UFJF/Unifase)

Bem, vamos para a próxima questão: “Gostaria de saber um pouco mais sobre o atendimento comunitário”. Podemos começar com Laura respondendo a essa pergunta.

LAURA MARTIN LOPES-ANDRADE (Psiquiatria – Presidente de La Asociación La Revolucion Delirante)

Muito obrigada! Sobre o atendimento comunitário, poderíamos falar durante três dias... não tem nada mais específico na pergunta?

CLAUDIA GOMES (Faeterj/UFJF/Unifase)

Não tem Laura, a Edna Carvalho completa dizendo “se há incentivo do governo para esse tipo de atendimento comunitário”.

LAURA MARTIN LOPES-ANDRADE (Psiquiatria – Presidente de La Asociación La Revolucion Delirante)

A nível das políticas sanitárias tudo leva o carimbo de comunitário, pelo menos aqui na Espanha. Desde a reforma sanitária, o modelo psiquiátrico nunca se classifica como hospitalar, principalmente aqui, em Andaluzia. Sempre se fala do sistema comunitário e da equipe de saúde mental comunitária, visita domiciliar...isso pode ser usado como argumento. Porém, tudo está disfarçado de comunitário, na verdade, é um modelo hospitalar camuflado. O modelo comunitário ou coletivo tem a ver com o que é feito e onde é feito. Eu acredito, e linkando com a pergunta anterior, que não se pode fazer um modelo comunitário sem uma politização dos profissionais. Não podemos esquecer a parte política de nossas práticas e se esquecemos essa parte política, nos convertemos em técnicos, o que é extremamente perigoso, porque a nossa prática consiste no controle social e não podemos esquecer disso. Controle social camuflado de cientificismo, camuflado de querer ajudar, de querer curar, mas que afinal de contas continua sendo controlar determinados indivíduos socialmente.

Mas continuamos com a questão sobre a objetificação das nossas práticas. Há um objetivo em nossas práticas? Absolutamente nada. O que há de cultural? Absolutamente

tudo. Isto é, o que não é tolerado em determinadas sociedade, é incluindo nas práticas psiquiátricas para ser retificado, para ser encerrado e medicalizado, que seria a única forma de controlar definitivamente o indivíduo. E, digamos, que parece não estar sendo feita de uma maneira tão violenta como nos hospitais psiquiátricos, onde os diagnósticos psiquiátricos e psicofármacos são indispensáveis. Uma psiquiatria comunitária tem que começar por mudar a lógica da cabeça dos profissionais e isso só pode passar por uma politização. Quando você politiza sua prática, quando você se dá conta de que está fazendo uma clínica política, falamos em revolução delirante da política, para destacar que primeiro vem o político e, em segundo, a parte clínica. Se você politiza e se dá conta do papel que ocupa socialmente, assume essa contradição e pode mudar sua prática. Como mudar suas práticas? Deixando um espaço para que elas apareçam em seus discursos, ir gerando aliança, porém não é uma aliança para se apoiar em agentes de apoio mútuo, eu retiro minha fala para que seja a fala do outro a ocupar esse terreno, isso no teórico. Como se faz isso na prática? Ocupando espaços entre instituições para mudar a sua lógica. Estou em uma equipe que existe em toda Andaluzia, porém em Andaluzia não funciona como funciona minha equipe. Em Andaluzia, na maioria dos lugares, a injeção é feita em casa ou se faz uma caminhada e durante a caminhada se explica o que é esquizofrenia para que quando escutem vozes, eles precisarão de mais drogas, ou seja, psicoeduco pessoas, levo a família na sala e explico o que consiste em os sintomas, que o filho está muito doente e que é melhor pedir ajuda social.

Isso é uma prática hospitalar em uma comunidade. Se pegar esses espaços, digamos, esse mandato da instituição e mudar essas práticas, o que gera é um lugar democrático, em que todos nós, por exemplo, funcionamos através de assembléia. Caso contrário, não estamos fazendo nada novo, estamos fazendo o que foi feito, o que acontece é que percebemos que não podemos redirecionar isso. Temos que abrir redes, fazer aberturas na rede de saúde mental. E se chama rede, não por estar interconectada, mas da qual não podemos escapar. E se nós não gerarmos espaço de abertura, as pessoas não conseguirão sair dessa rede nunca, eu acredito que tudo isso passa por um discurso baseado nos direitos, baseado na legitimação da experiência da loucura e na experiência do desconforto. Vamos à loucura, mas também vamos falar do sofrimento que dizem ser menor, mas que não é menor, é um sofrimento cotidiano. Falar dos determinantes sociais, de direito, falar da abertura e saída para o comum, acaba gerando uma lógica comunitária.

Na Espanha, conheço resquícios, pontinhos, mas sistemas que trabalham no comunitário e equipes de saúde mental comunitária, são micro hospitais, ou seja, salas de consultas em bairros. E nos bairros temos uma comunidade, e na comunidade você não pode se comunicar assim, se não sabe o que acontece nesse bairro e nem sem conhecer as pessoas. É preciso deixar que esse bairro entre no seu centro e você saia para aquele bairro, esse duplo movimento, que foi feito quando os hospitais psiquiátricos foram fechados.

CLAUDIA GOMES (Faeterj/UFJF/Unifase)

Manuel, gostaria de comentar essa pergunta?

MANUEL DESVIAT (Psiquiatria – Consultor da Organização Pan Americana de Saúde – OMS/Itália)

O problema do comunitário é ser um termo muito ambíguo. Pode significar muitas coisas, desde um simples fato de trabalhar na comunidade, uma comunidade de vizinhos ou uma comunidade de amantes.

Mas respondendo à pergunta, eu vejo que se entende neste momento que comunitário é uma espécie de contestação a um outro sistema, mais hospitalar. Quero dizer com isso que, às vezes, se confunde com nosso hospitalar, que a diferença fundamental que foi falado antes é primeiro onde se trabalha, porém não no sentido na própria comunidade, mas no sentido ao qual Laura estava explicando antes, depois como se trabalha, com quem se trabalha e qual é a opção política que se toma? Existem quatro situações para se decidir.

Nesse momento devemos pensar em falar sobre a saúde coletiva, coisa que na Europa não se faz, já na América Latina sim. E isso, porque é um passo a mais na saúde mental comunitária, foi útil na desinstitucionalização, foi útil na retirada das pessoas dos hospitais psiquiátricos, foi útil em aproximação com a população. No entanto, estava muito presa por um sistema de saúde que é um sistema da Organização Mundial da Saúde (OMS), sistema esse que trabalho também, mas o modelo global que está sendo entendido não tem nada a ver com o que poderia ser colocado como um passo além da comunidade, que seria a saúde coletiva. Confiar em uma história que resgata os objetivos, mas também

o social. Porém, não uma história biopsicossocial que agregue, mas simplesmente que trabalhe com a objetividade, que trabalhe com ativos e que trabalhe politicamente.

Quando digo politicamente, não se trata de trabalhar para o governo, se trata da democracia. Perdão, um pouco de história para dizer que nós nos encarregamos... a população se encarrega da sua vida, seu bairro, da sua comunidade e da sua saúde.

Continuamos propondo isso, que é comunidade. Uma tentativa de trabalhar com a população no Sistema Único de Saúde (SUS), em seus próprios lugares e com a sua participação. E esse foi um dos grandes fracassos, pois a população não participava da reforma, e em boa parte reformas emblemáticas, delegou para as organizações políticas ou sindicais a participação real. Se eu não acredito que possa haver um tratamento clínico nesse momento diferente, se o próprio sofredor não for inserido nesse processo de saúde e da doença, eu acredito que a ação comunitária não seja possível. Se realmente não for incorporado às demandas e a voz dessas pessoas, eu acredito que a clínica no futuro vai ter que contar com as pessoas de maneira horizontal, vai ter que opinar sobre o processo e participar do processo de cicatrização, isso sim, ao meu ver seria uma comunidade real.

Simplesmente, estamos enfrentando a psiquiatria baseada exclusivamente em hospital e não em atenção primária, em família, redes e teríamos que deixar ir como um primeiro passo, passo esse que seria de a comunidade negar a história de privilégios hospital centristas.

CLAUDIA GOMES (Faeterj/UFJF/Unifase)

A próxima é uma pergunta da Karen: “os usuários que chegam na Atenção Básica de Saúde se mostra como um grande desafio para os profissionais, a demanda disputa não vem pronta, muitas vezes o que chega é a demanda de médico -remédio, o que dizer para quem recebe esses usuários?”

MARCELO KIMATI (Psiquiatra – Professor de Saúde Coletiva na UFPR)

Eu tenho uma tendência a fazer uma análise desse tipo de situação, o que a gente está vivendo no Brasil, e particularmente na atenção primária, é muito em função da organização do sistema e da capacidade existencial do sistema. Ou seja, eu tenho muita dificuldade de pensar como conseguir fazer uma intervenção eficiente ou com algum tipo

de eficácia, na medida em que a gente tem uma prática da atenção primária cada vez mais voltada para medicalização. É muito difícil pensar que dentro de um cenário como esse, temos cada vez menos profissionais de saúde mental não-médicos que atuam na atenção primária, temos cada vez menos psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfim... várias categorias que estão trabalhando. O primeiro ponto é que essas situações têm que ser levadas para os conselhos de participação popular, conselhos locais de saúde e conselhos municipais de saúde, porque que existia uma pessoa que fazia psicoterapia de grupo dentro da unidade, que fazia ações de redução de danos na unidade e não está mais atuando? O que que aconteceu com os grupos que estavam acontecendo na unidade básica de saúde, não estão acontecendo mais?

Não é só uma questão de pensar na prática, porque se focamos somente na prática, perdemos a dimensão do todo e começamos a pensar em soluções fáceis demais, que acabam não dando certo. De uma forma geral, essa pergunta já é respondida pela própria gestão da pior forma possível. E por que eu digo isso? Todas as vezes que há uma diminuição da capacidade existencial de um serviço de saúde, tem a partir da lógica da gestão, uma reorganização das práticas. Ou seja, boa parte dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hoje, tem uma fila de espera para acolhimento, e isso é algo que vem acontecendo cada vez com mais frequência, se vê acontecer cada vez mais na rede. Por exemplo: serviços que deveriam funcionar como porta aberta, não funcionam. Da mesma forma, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) estão criando barreiras de acesso, cada vez mais frequentes que acabam empurrando as pessoas que têm algum grau de sofrimento mental, não só para atenção primária, mas para serviços de urgência, por exemplo, comunidade de pronto atendimento. Não vejo saídas que não passem por uma reestruturação das práticas de cuidado, em função dessas demandas, e dessa organização a partir de algumas prerrogativas do modelo, que seria ele funcionar de porta aberta, ter ação interdisciplinar e você desenvolver práticas existenciais que são convergentes com os desejos e necessidades dos usuários e etc.

Posso falar o que não fazer. Não fazer com que o aumento de demanda implique em se criar barreiras de acesso, a partir de burocratização do acesso a serviços. Que se comece a categorizar os usuários a partir de diagnóstico médico para, a partir disso, desenvolver ações em grupo, como uma forma de conseguir lidar com a demanda, isso não dá para fazer. Como participante de movimento social, é importante ter essa diretriz

de demandar o poder público, de demandar através dos órgãos que funcionam como representantes dos usuários e dos trabalhadores de uma determinada rede.

CLAUDIA GOMES (Faeterj/UFJF/Unifase)

Bom, a próxima pergunta complementa o assunto. Acredito que você possa ajudar na elaboração da resposta. É uma pergunta da Karen que diz: “Ao pensar nessa questão da epidemia das drogas, como podemos qualificar essa agenda na formação das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) hoje, na medida em que essas equipes são muito disciplinadas?”

MARCELO KIMATI (Psiquiatra – Professor de Saúde Coletiva na UFPR)

Temos muitas estratégias bem-sucedidas que acontecem, mas todas elas precisam de um dimensionamento, número de profissionais e precisa de investimento. O primeiro ponto é que esses serviços têm que funcionar de porta aberta, tem que existir sistema de acolhimento voltados para pessoas em sofrimento mental, e pensando bem, nós não estamos vivendo só uma epidemia de uso de psicotrópico, estamos vivendo e vivemos até agora, ao longo desses últimos anos, um aumento gigantesco de demanda de serviço da atenção primário, em função do serviço em relação a sofrimento mental. Não existe uma organização do sistema como um todo, para lidar com o fenômeno populacional (é um fenômeno populacional), existe uma procura por profissionais de saúde mental tanto na rede privada quanto na rede pública. Ele está associado ao que se viveu na epidemia, o que se perdeu de pessoas, as dificuldades do ponto de vista financeiro e econômico que o Brasil está vivendo, instabilidade política que vivemos até semana passada, tivemos três anos sob ameaça de um golpe militar, enfim... tem várias condições da nossa vida social, que tiveram como desdobramento um aumento enorme da procura de serviço saúde mental, dentro de um sistema que não estava preparado e dentro de uma gestão absolutamente inepta para lidar com isso no nível nacional. Como dimensão e desdobramento disso, foi esse processo que estava vigente de se transformar sofrimento em sintoma, e a partir daí, tivemos um aprofundamento da epidemia de psicotrópicos. Este é um fenômeno que não só preocupa, mas ele impacta vários níveis do sistema de saúde como um todo e ele tem um desdobramento de várias ordens, em várias especialidades, e de fato, significa uma carga. Hoje em dia, a gente pensar em novas estratégias do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), ampliar o número de

profissionais de saúde mental na atenção primária, não é uma medida só da política de saúde mental, ele vai ter um impacto sistêmico para o sistema de saúde como um todo.

Segundo ponto, tem que ter um acolhimento, o sistema tem que se desdobrar e se organizar para isso. Por exemplo, nós temos hoje uma desproporção entre o número de problemas que temos na atenção primária e nos serviços mais ligados às especialidades, que estão, por exemplo, na rede Comunitária (os CAPS). Essas redes têm que, urgentemente, se aproximar e não só dentro do modelo do apoio matricial, mas têm que se aproximar dentro do campo de intervenção assistencial mesmo, nós temos uma bomba relógio na atenção primária, que vai progressivamente se deslocando para o serviço comunitários e, posteriormente, vai se deslocando para os serviços hospitalares e para o serviço de urgência- emergência, na medida em que se expande muito essa situação dentro da atenção primária. Hoje, antes de conseguirmos pensar em uma mudança de modelo de financiamento para que ele consiga impactar, tem que existir uma ação emergencial, mas isso tem que ser pensado em nível nacional, porque ele é um fenômeno nacional. A atenção primária precisa de mais gente organizando fluxo, permitindo porta aberta, desenvolvendo ações de alternativas à medicalização, criando grupos de gestão autônoma de medicamento (GAM), temos que criar uma mudança do ponto de vista simbólico, de nós começarmos a entender os psicotrópicos como drogas lícitas que viciam. Tem que criar essa ideia de que a intervenção na área de álcool e drogas tem que envolver uma dependência, que é desenvolvida com financiamento público de medicações psicotrópicas, e essa mudança simbólica vai nos permitir, por exemplo, criar a ideia de que o uso benzodiazepínicos, que sabemos que cria dependência desde os anos 1970, mas isso não impede que tenhamos um aumento progressivo das prescrições, um aumento progressivo do tempo de uso do número de usuários, fazer grupos de desintoxicação para pessoas dependentes de benzodiazepínicos, grupos de tratamento, ações de redução de danos para dependentes de psicotrópicos, toda uma tecnologia no tratamento de uso de álcool e drogas, que temos que importar e trazer para perto desse fenômeno. Só que para isso, precisamos de um reconhecimento que esse fenômeno existe e qual é a real natureza dele, e isso é um movimento político. Ele não é um movimento de entendimento acadêmico e de revisão epistemológica, essa é uma ação política e ela tem que ser tomada para conseguirmos dar o significado a essa epidemia, o significado que ela precisa ter, e quanto mais demora para fazer isso, maiores ele se tornam, temos mais pessoas usando por mais tempo, mais pessoas usando doses cada vez mais alta.

CLAUDIA GOMES (Faeterj/UFJF/Unifase)

Tivemos inúmeras perguntas similares que foram respondidas na fala dos próprios palestrantes. Com isso, a organização do evento autorizou a seleção de duas perguntas. As duas perguntas se complementam, juntam duas questões importantes: os desafios da atenção psicossocial e repensar os CAPS. Vejamos as duas perguntas, a pergunta da Karen Athié: “As representações do sofrimento mental hoje desumanizam quem sofre usando representações estigmatizadas ou médico-centradas. Como a atenção psicossocial pode enfrentar isso do ponto político? ” E a pergunta da Núbia Samara: “Será que já superamos realmente o modelo asilar ou estamos apenas criando extensão dos manicômios CAPScômio? ”. Marcelo gostaria de responder?

MARCELO KIMATI (Psiquiatra – Professor de Saúde Coletiva na UFPR)

Diante de duas pessoas de grande importância, eu gostaria muito de ouvi-los, é um privilégio falar junto, mas é um privilégio ouvir.

CLAUDIA GOMES (Faeterj/UFJF/Unifase)

O Manuel que conhece bem a história da reforma psiquiátrica no Brasil gostaria de falar?

MANUEL DESVIAT (Psiquiatria – Consultor da Organização Pan Americana de Saúde – OMS/Itália)

Bom, vou iniciar com a segunda pergunta que eu entendi como: se o que está sendo proposto é que vai superar o modelo atual de saúde mental comunitária ou se o que precisamos fazer é criar outro diferente.

Suponho que tem a ver com a questão que estamos falando: saúde mental comunitária, saúde mental coletiva. Bom, eu acredito que o processo é único, que poderia ser como sofrimento mental que pode se entender como compartimentos, podem ser mantidos como uma continuidade que vai ajudar o outro. A reforma começa a muito tempo atrás, antes da Primeira Guerra Mundial, digamos que antecede o trabalho comunitário na

Catalunha ou no Sul da França. Desde o começo, o modelo comunitário que vai sendo construído ao redor da reforma psiquiátrica é plural, isso significa que não é o mesmo modelo italiano de Trieste, não é o modelo igual ao de francófono, que se vê na Suíça ou na França, ou como o modelo inglês ou espanhol, que surgiu depois do brasileiro. Para falar dos modelos que chegaram a ter resultados importantes, mas dentro dessas diferenças existe uma coisa em comum, 4 ou 5 princípios, alguns deles se perderam, um dos princípios comuns é assegurar a saúde pública, assegurar um modelo de saúde coletiva, um modelo de atenção à saúde que se baseia na medicina de família, na atenção primária. E com respeito à subjetividade, a clínica, unidades onde é significativo o papel da equipe, e de todos os trabalhadores.

Existem diferenças, obviamente, entre o modelo mais político social, que pode ser o modelo mais baseado no território, mas ainda com respeito ao hospital psiquiátrico que se quer transformar, e a psicoterapia institucional de orientação analítica, psicoterapia psicoanalítica lacaniana. E há modelos que, por exemplo, vão se definir como brasileiro, que se define pela grande participação que tem a população nesses movimentos de trabalhadores da saúde que eu falei no começo, e até que ponto é fundamental a história da carta de Baurú, de 1987. Eu presenciei algumas dessas assembleias estaduais, menos a última nacional, que foi pragmática, como a segunda, e vai diferenciar uma grande participação na história. Então, há uma série de características em comum: o fechamento de hospitais psiquiátricos, trabalho diferenciado na comunidade, um modelo que não é um hospital-centrado, mas não no sentido que existe um hospital. Acredito em hospitais comunitários, casas de repouso de idosos comunitárias, porque depende do que se faça e como se faça. Não é que o hospital, em si, não seja comunitário, depende do trabalho e existem experiências de hospitais comunitários.

O problema é que estamos mudando o que estávamos propondo antes, e que provavelmente houve o esgotamento de um sistema que, principalmente, se apoiava na desinstitucionalização, se apoiava no fechamento do hospital psiquiátrico. Estabelecendo programas novos de reabilitação psiquiátrica, baseado na reabilitação física (que busca recuperar habilidades) e devolver a essas pessoas uma certa autonomia. Várias questões de diferentes orientações desde a autonomia até um modelo mais tecnológico da reabilitação, e isso foi mudando. Eu acho que neste momento, o problema está em que, talvez, os esquemas, as estratégias e as práticas que foram feitas para desinstitucionalizar,

para fechar os hospitais psiquiátricos já não funciona, porque muitas vezes elas param, e param em uma história de redes que denunciava, e que são úteis, porque caíram muitos em muitos lugares diferentes, em uma espécie nova de manicômios. O problema é que superar mudanças políticas nos obrigam a enfrentar de uma maneira diferente.

Vejo que é um passo além da história da comunidade, podemos falar de comunitária, podemos chamar, se vocês quiserem, de comunitário coletivo. O comunitário é comum, mas existem um passo adiante, e esse passo mais adiante pelas mudanças políticas, tem a ver com o social universal, tem a ver com a história dessa reforma, que descansou muito nos profissionais, sobre os familiares e usuário, principalmente, sobre os familiares. E toda a participação do usuário e da pessoa em sofrimento, praticamente não existia. A influência de um livro pragmático, de Kaplan (Compêndio da Psiquiatria), sobre saúde mental administrativa comunitária, que estabelece um modelo de saúde pública baseado na prevenção, que às vezes, que parecia mais como perseguição de casos, para capturá-los. Esse esquema, nesse momento, está se rompendo. E está se rompendo, porque o que está quebrado há muito tempo é o modelo preventivo de saúde pública e está entrando no modelo coletivo de saúde pública que começou nos anos 70 com brasileiros e alguns argentinos, realmente levantou a necessidade de determinação social e reconheceu uma série de condições sociais, mas não faz como a “mãe de todos”, a determinação social. E essa diferença implica uma mudança muito importante nas práticas, talvez, em alguns aspectos teóricos, em alguns protocolos, alguns formatos que nos ensinaram os italianos, os franceses, os espanhóis, os ingleses, os canadenses e os brasileiros, isso não vai mudar.

A segunda coisa que me parece ser fundamental para alguns lugares, é a desinstitucionalização. Não pode ficar exclusivamente para as pessoas com problemas severos de sofrimento psíquico, a atenção à saúde mental tem que atender a todos os cidadãos, os problemas que a população tem em geral são de origem diretamente social, etc. Um problema que acredito que existe em muitos lugares, incluindo o Brasil, é que grande parte da população, que não tem um problema grave de saúde mental, acaba utilizando o serviço particular e não chega ao sistema público. E isso é um problema sério, porque não se pode fazer uma história comunitária para um grupo privilegiado de pessoas, como também, não podemos fazer (como está sendo feito em vários lugares) para um grupo pequeno, de uma favela ou um grupo de desvantagem social.

Bom, não quero de estender muito mais. Insisto que não existe uma ruptura, existe uma continuidade, seja o nome que for, mas existe uma continuidade do processo que começa na Segunda Guerra Mundial, talvez bem antes, em movimentos que não é possível determinar, e que vamos chamar de saúde mental comunitária. Não podemos entender a saúde comunitária, se não a vinculamos com a reforma psiquiátrica. Essa saúde mental comunitária é o modelo de atendimento da reforma psiquiátrica, não podemos entender de outra maneira, como também não podemos entender quando alguém fala que está fazendo programas de reabilitação em hospital psiquiátrico, isso é incongruente, porque se o hospital psiquiátrico faz é estigmatizar e adoecer. De que maneira se pode apresentar as pessoas para fazer um trabalho desses, trabalho de Sísifo, quer dizer, uma coisa é a pedra cair como a maldição dos deuses: quando você estiver está chegando ao topo, a pedra cai.

A saúde mental comunitária quer saber onde, porque e com quem. Se não for assim estamos falando de algo, totalmente e completamente, diferente. Esse é o grande desafio que temos agora, porque a integração e adulteração que estão fazendo os sistemas neoliberais na saúde, não passa mais pelos manicômios. Os manicômios já não lhes importam, não é não negar o manicômio, eles acham mais apresentáveis e mais econômico fazerem redes e não manicômios. O problema que temos é: como estão nascendo essas redes que se chamam comunitárias?

Desculpa pelo prolongamento, mas tocou em um tema que eu tive que levantar. A segunda pergunta sobre desafio social, a Laura poderia responder.

LAURA MARTIN LOPES-ANDRADE (Psiquiatria – Presidente de La Asociación La Revolucion Delirante)

Bom, não quero me estender muito no assunto, porque já estamos acabando. Somente queria dizer duas coisas, que vêm um pouco ao assunto que você levantou, que aparece muito no modelo de reabilitação e o risco que implica esse modelo, ou seja, para lembrar um pouco da lógica onde é instalado seus modelos, e o diagnóstico que vai na mesma mala, uma espécie de pacote que é dado à pessoa no momento em que tem um sofrimento mental, que é o diagnóstico, psicofármacos, psicoeducação, que estão

perfeitamente entrelaçados entre si, através da consciência da doença e adesão ao tratamento. Esse é o novo manicômio, porque leva diretamente, como Manuel disse, a cronificação, que leva diretamente ao planejamento. Então, o primeiro problema e o paradoxo, é que quando começa a trabalhar a reabilitação, o modelo de reabilitação que primeiro te cronifica e depois reabilita, não tem lógica dentro de uma politização da saúde mental. O modelo de reabilitação, que mais tarde foi chamado de recuperação, que o nome vem mudando, e curiosamente, são os que a indústria farmacêutica financia convenientemente, não só comprando os médicos, assim como a equipe de enfermagem. É esse modelo que precisamos cortar. Depois, acredito que um tema muito importante são os psicofármacos.

Existem quatro riscos, que vejo muito em meus companheiros e nas pessoas em formação, o primeiro é acreditar que eles curam (os psicofármacos). Já foi falado a respeito, a literatura diz que não cura, e o único que vai produzir em algumas pessoas, é uma espécie de bloqueio químico, que pode ajudar a reduzir a angústia em determinados momentos, até porque curar não cura, já que a causa não é orgânica. E o segundo, que é muito importante, os psicofármacos não tem consentimento informado, muita gente fala: “ah muitas pessoas não querem tomar medicamento”, e é claro, que as pessoas não querem tomar medicações, elas não são bobas, se explicam em que consiste um psicofármaco e que, em um momento pontual, pode ajudar em determinadas coisas, explica a dose que vai dar, como as pessoas vão retirar...as pessoas não rejeitam ajuda, rejeitam os psicofármacos, porque normalmente ele vem em doses altas e de forma involuntária. Então, a lei também diz: quando se tem qualquer prática médica, tem que ter consentimento informado. É uma garantia dos direitos das pessoas, tem que explicar em que consiste esse tratamento, logo, é claro que se utilizam altas doses durante muito tempo, em regime de polifarmácia. E é incrível que chove gente em curso de formação, que está comigo no curso de formação (acredito que eles trabalham como psiquiatra há dois anos) já estão colocando três psicofármacos ao mesmo tempo, e colocando-os por um longo tempo, mentindo para as pessoas, dizendo que tem que tomar pelo resto da vida, o que não é apenas imoral, e sim, ilegal.

E por último, finalmente, os fármacos pois são a morte da clínica e a morte de qualquer sistema que pretenda ser comunitário. Os psicofármacos são como o parafuso de todo este sistema de diagnóstico, de psicoeducação. São psicofármacos de

cronificação, permitindo o círculo perfeito, assegurando uma abstinência para sempre. É uma experiência para sempre, porque se em algum momento quiser deixá-lo, vai ter uma experiência de dependência que o próprio fármaco produziu, são grandes inimigos de qualquer psiquiatria crítica e de qualquer psiquiatria democrática.

CLAUDIA GOMES (Faeterj/UFJF/Unifase)

Marcelo, você quer falar?

MARCELO KIMATI (Psiquiatra – Professor de Saúde Coletiva na UFPR)

Palavras finais. Eu quero falar da satisfação de ver esse evento, de ver essa preocupação crescente em relação a esses fenômenos. Fico muito satisfeito de estarmos conseguindo fazer cada vez mais conexões entre um fenômeno, que ele tem múltiplas dimensões, com o funcionamento do nosso sistema público. Existe uma diferença da gente pensar do ponto de vista teórico, que é a medicalização, e a gente começar a entender os desdobramentos dela, dentro de uma epidemia. Vemos o desdobramento dessa epidemia dentro da saúde pública e dentro do funcionamento dos sistemas, eu vejo que este é um ponto de pauta fundamental hoje, dentro das políticas de saúde mental no país e no mundo. Mas no Brasil, isso pressiona a rede de uma forma inédita dentro da nossa história da criação e desenvolvimento desse modelo assistencial que nós temos hoje no Brasil. É uma pauta que tem que ser divulgada e tem que ser incorporada pelos movimentos sociais. Eu fico muito impressionado, e eu vou repetir, eu fico muito impressionado ao ver militantes, não só na área de saúde mental, mas nos outros campos, não entenderem esse fenômeno de medicalização. E essa conversão que a gente faz do entendimento do sofrimento, a partir da lógica dos sintomas do diagnóstico, de não se existir a percepção dentro da militância que esse é um processo de dominação, de perda de autonomia, ele é um novo fenômeno e eu concordo com o Manuel, na ideia de que existe uma continuidade entre o fenômeno institucionalização dentro dos manicômios e esse fenômeno que a gente assiste hoje. Mas eles são fenômenos que podem se aproximar em algumas coisas, mas que têm uma grande particularidade hoje em dia, que é a incorporação dessa psiquiatria dentro da cultura. Ela domina termos com os quais as pessoas expressam o que elas estão sentindo, e isso dá uma dimensão diferente do que só se pensar na transformação de modelo assistencial.

Eu quero terminar com uma ideia que o Paulo sempre tem, que é muito apropriada. Temos que incorporar ela dentro dessa discussão, a respeito de medicalização, que a reforma psiquiátrica não pode se limitar a uma mudança do modelo ou uma disputa de modelo, mas como um processo civilizatório. É um processo de inclusão que transforma a sociedade como um todo, e temos que incorporar essa lógica de que a perspectiva de medicalização é um olhar ocidental frente ao sofrimento mental, uma interpretação e uma institucionalização deste olhar, e este é um processo cultural, que tem que ser enfrentado com a mesma lógica, com a mesma perspectiva, com o mesmo ânimo, com a mesma energia que se enfrentou os manicômios.

CLAUDIA GOMES (Faeterj/UFJF/Unifase)

Obrigada, Marcelo. Já estamos caminhando para os nossos últimos minutos desta manhã, Manuel ou a Laura gostariam de falar as suas últimas palavras?

MANUEL DESVIAT (Psiquiatria – Consultor da Organização Pan Americana de Saúde – OMS/Itália)

Eu realmente acredito que o controle das empresas de laboratórios farmacêuticos psiquiátricos corresponde ao estado e acredito que os estados devam controlar as farmácias. Além do mais, eu chegaria não apenas a uma política genérica, mas a verdade é que as empresas, laboratório e farmacêuticos estaduais fazem e que em última instância nacionalizam algo, que é tão importante para o subjacente que estou falando de uma utopia, uma quimera que se assemelha a outros problemas que vivemos agora. O que está acontecendo com gás, com a eletricidade e com tantas coisas, que com o tempo foram e teriam que ser recursos públicos, estamos falando da saúde, uma saúde universal, e para isso é necessário nacionalizar determinados bens. Eu acredito que a história sempre será muito complexa, porque há muito dinheiro no meio, por outro lado continuo a dizer que estou otimista dentro da história pessimista, e esse otimismo é porque vivemos um momento de grandes crises de paradigmas, de crises econômicas, crise civilizacional, da crise climática e suponho que o momento das crises começa a ver as respostas e começa a ver que há uma série de respostas nos países e nas pessoas, e que voltem a se interessar por questões comuns.

De alguma maneira, acredito que pode começar a ter mudanças importantes. Porém, é uma esperança e uma ilusão, já que as crises são questões que todos sabemos, da epidemiologia ou da medicina, dos traumas, e das crises que podem sair derrotados ou se pode sair como uma série de pontos fortes, espero que dessa crise saíamos com pontos fortes. Muito obrigado por escutar!

LAURA MARTIN LOPES-ANDRADE (Psiquiatria – Presidente de La Asociación La Revolucion Delirante)

Simplesmente, agradecer a vocês. Foi um debate muito interessante e poder falar sobre as distintas experiências, porque afinal, estamos em pontos diferentes, mas os problemas são os mesmos. Igual quando li livros de psiquiatria crítica, dos anos 70, e as perguntas que aparecem são as mesmas. A questão da psiquiatria é inalterável: a questão da violência e coerção. Mais pessimista por momentos e mais otimista no momento dependendo do dia. Porém é bom criar espaços de debates e não de verdade que se trata disso. Muito obrigada!

CLAUDIA GOMES (Faeterj/UFJF/Unifase)

Gostaria de agradecer por essa mesa potente que tivemos agora pela manhã, com debate maravilhoso e com muitas questões importantes. Gostaria de agradecer ao Marcelo Kimati, ao Manuel Desviat e a Laura Martin. Agradeço a todos os participantes que estiveram conosco, colocando questões e comentários.

MESA REDONDA

“O modelo biomédico fracassou? Desafios e Perspectivas para a assistência em saúde mental no Brasil”

THIAGO PIRES MARQUES (Historiador – CES Coimbra)¹²

Boa tarde bem-vindos e bem-vindas à mesa redonda, será a última do nosso Seminário A Epidemia das Drogas Psiquiátricas: O Modelo Biomédico da Psiquiatria Fracassou? Quais as Perspectivas?

Eu tenho a grande honra de coordenar esta mesa redonda a convite do Professor Paulo Amarante e do LAPS. Aproveito para começar por dizer quem sou. Sou Tiago Pires Marques, pesquisador do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, pesquisa há alguns anos sobre estes temas. Neste momento coordeno um projeto Portugal - Brasil numa perspectiva Global, também sobre sofrimento psíquico e Direitos Humanos que Paulo Amarante é consultor, entre outros projetos. Tenho publicados sobre estas questões, por exemplo, no ano passado saiu aqui um livro que é: *Saúde Reinventada: Novas Perspectivas sobre a Medicalização da Vida*, publicado pela Universidade de Coimbra. Aí no Brasil tem o *Legitimidades da Loucura: Sofrimento, Luta, Criatividade e Pertença*. Bom, portanto, é com enorme interesse e entusiasmo que estou aqui para esta grata função de coordenar esta mesa e sem mais demoras passo a apresentar os nossos convidados. Em primeiro lugar, teremos a intervenção do Robert Whitaker. Robert é um jornalista estadunidense, autor de vários livros, alguns deles premiados, dentre os quais *Mad in América* que originou um site na internet com o mesmo nome e muitos outros sites em outros idiomas, em vários outros países: o Mad in Brasil, Mad in América Espanhola, Mad in Finlândia e outros. Outro dos seus livros, com o título: *Anatomia de uma Epidemia*, também premiado, foi publicado pela Editora com prefácio de Fernando Freitas e Paulo Amarante, também editores do site Mad in Brasil, e este livro que de

¹² Historiador - Centro de Estudos Sociais/ CES/Universidade de Coimbra – Portugal - Atualmente investiga a história dos modelos de saúde mental na sua relação com a medicalização da vida e com a história dos direitos humanos.

alguma forma inspira a organização deste seminário, que já está na sua 6ª edição. Mais recentemente, Robert Whitaker publicou um livro intitulado: *Psiquiatria sob Influência: Corrupção Institucional*, acredito que não publicado em português ainda. Robert configura, sem dúvida nenhuma, como um dos mais importantes autores a abordar o tema da medicalização em Psiquiatria e da relação desta disciplina com a indústria de medicamentos.

Teremos depois, Fernando Freitas, psicólogo e pesquisador titular do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. É co- editor do site Mad in Brasil, co- autor do livro *Medicalização em Psiquiatria*, além de autor de muitos outros trabalhos acadêmicos.

Temos conosco também o Adilson Silva a que é um dos mais atuantes e importantes lideranças e ativistas do Movimento da Luta Antimanicomial no Brasil e atua em vários movimentos do campo, como o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial ou do Movimento Nacional dos Usuários da Luta Antimanicomial, da Frente Paulista da Luta Antimanicomial, da ABRASME e dentre outros no campo dos Direitos Humanos.

Temos ainda o nosso querido Paulo Amarante, que é médico psiquiatra sanitarista, pesquisador sênior do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção psicossocial da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, como Fernando Freitas, Paulo Amarante é co- editor do site Mad in Brasil e presidente de honra da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) e militante e ativista antimanicomial.

Teremos nessa sequência quatro apresentações, depois um espaço para debate. Então agora, vamos ter a fala do Robert.

ROBERT WHITAKER (Jornalista, Editor-Chefe do Mad in América/EUA)

Muito grato por essa apresentação. É uma honra e um prazer estar com vocês. Eu sei que já é o 6º Seminário que levanta a questão: o que temos feito ao tratar pessoas com transtornos psiquiátricos? E qual o papel das medicações nisso? Não conheço nenhum grupo ou país que tenha se dedicado tanto a essa questão. Então quero tirar o chapéu para

Paulo, Fernando e todos que organizaram esses seminários anuais. Eles não são só importantes para o Brasil, mas também para as pessoas de fora, para ver como o Brasil está enfrentando essa questão.

O Modelo Biomédico Fracassou? É o título. Na verdade, é o modelo de doença que falhou. E a evidência está bastante clara a esse respeito, o aumento dos transtornos mentais está causando a patologização das crianças, mudou nossa sociedade e, portanto, chegou o tempo de repensar isso enquanto sociedade. O que está realmente em jogo aqui é a questão: quando olhamos para trás o que enxergamos? Nós vemos falhas em toda a parte, um chamado para uma mudança completa de paradigma. E para uma mudança de paradigma, é necessário pensar no que vai substituir o que temos feito, qual narrativa.

Em 1980, a Associação Americana de Psiquiatria publicou a 3ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III), e nesse momento, eles decidiram reconceitualizar os transtornos psicológicos psiquiátricos. Antes de 1980, existia uma espécie de mistura em que alguns transtornos eram distúrbios biológicos, enquanto outros estavam relacionados a uma resposta ao ambiente. Então, por exemplo, algumas pessoas poderiam ficar deprimidas por conta de algo ruim que lhes aconteceu. E naquela época, antes de 1980, fazia muito sentido que os transtornos psiquiátricos fossem considerados episódicos. Você poderia ter um tempo para sofrer e quando esse sofrimento passasse, ficaria bem e retomaria a vida normal. Víamos isso, até mesmo, com quem tinha episódios psicóticos ou episódios maníacos. Mas, nos anos 80, isso mudou. A Associação Americana de Psiquiatria, antes de 1980, parecia sitiada, falavam em seus artigos que estavam lutando pela sobrevivência. E por que isso? Houve uma crítica que dizia que a psiquiatria funcionava mais como uma agência de controle social. Eles não seriam realmente médicos, o que foi visto como um problema. A segunda afirmação é que os diagnósticos não são realmente diagnósticos médicos, porque eles mudam o tempo todo, e por isso, não seriam bons. E terceiro, eles estavam tendo problemas com as drogas mais populares nos anos 70, os Benzodiazepínicos, que ficaram conhecidos por causarem dependência a longo prazo. E, finalmente, as críticas falavam sobre as terapias não serem vistas como efetivas, já que a terapia pela fala, feita por psicólogos ou conselheiros, não estava sendo eficiente. Além disso, tiveram também alguns eventos culturais e filmes que colocaram a psiquiatria na defensiva. Portanto, a Associação Americana de Psiquiatria, no final dos anos 70, decidiu que tinha que se reformular, precisavam se apresentar de

uma nova forma. Eles se perguntaram, como podemos levantar o prestígio de nossos profissionais? Nós precisamos colocar o jaleco branco, símbolo do médico, e precisamos adotar um modelo de doença como um modelo de doença infecciosa, porque isso é a marca comercial com mais prestígio na sociedade. Dessa maneira, adotando o modelo de doença, quem tem o direito de prescrever drogas nos Estados Unidos? Os psiquiatras. E não os psicólogos ou conselheiros. E assim, por reformulação, considerando os transtornos psiquiátricos como doenças do cérebro, eles aumentariam seu prestígio na sociedade, como médicos reais que tratam doenças reais. Da mesma forma, ao se colocarem como médicos com jaleco que tratavam de doenças reais, isso também elevou a importância das medicações para o tratamento de distúrbios psiquiátricos.

E aí, o que eles fizeram em 1980 foi fazer um novo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, nesse manual eles disseram: aqui está uma nova concepção de transtornos graves. São doenças do cérebro, e estão separadas uma das outras. Por exemplo, a bipolaridade é diferente da esquizofrenia e do TDAH, assim como o câncer é diferente de doença cardíaca. Quando eles as denominam doenças cerebrais, o que eles estão querendo dizer é que o problema reside no cérebro, desconsiderando as interações do indivíduo com o ambiente. E foi isso que aconteceu. Eles começaram a dizer que era preciso vender essa história para o público, fizeram campanhas na mídia e treinaram médicos. Mas aí, começou o problema. Tudo isso foi feito para melhorar a imagem dos psiquiatras na sociedade, porém não houve descoberta científica que afirmasse: agora conhecemos a patologia dos distúrbios ou sabemos que são doenças do cérebro ou se você tem TDAH. Começamos a ouvir que os transtornos mentais, como esquizofrenia e depressão, entre outros, são causados por desequilíbrio químico no cérebro. A esquizofrenia seria causada pelo excesso de dopamina. Já a depressão era causada pela falta de serotonina. E como consequência desse conceito, eles diziam que as drogas psiquiátricas seriam as responsáveis por equilibrar esses desequilíbrios químicos. Então, os antipsicóticos diminuem a atividade dopamina, já que a esquizofrenia é causada por excesso de dopamina. Essa droga seria um antídoto para esse problema e traria o equilíbrio. Por outro lado, se a depressão fosse devido à falta de serotonina, como os antidepressivos aumentam a serotonina, o equilíbrio seria restaurado. No entanto, na época não havia evidências de que as pessoas com depressão tivessem realmente baixa de serotonina, ou que a esquizofrenia era causada pelo excesso de dopamina. Na verdade, essa explicação veio a partir da ação da medicação no cérebro. Como a medicação

antipsicótica bloqueia dopamina, eles concluíram que a esquizofrenia é devido a isso. Já os remédios antidepressivos aumentam a serotonina, logo a depressão é por conta dessa falta. E se isso fosse verdade, seria indiscutivelmente o maior avanço da história da medicina, visto que eles tinham descoberto a própria molécula causadora da loucura, a própria molécula que causa a depressão, a molécula responsável pelas crianças se mexerem nas cadeiras quando estão na escola (estou falando sobre o TDAH). A narrativa que foi vendida ao público, é que essa é a história de um grande avanço científico.

Agora interessante, por exemplo, que o Instituto Nacional de Saúde Mental fez uma pesquisa em 1985 em que perguntou ao público sobre a depressão, e a resposta das pessoas foi que a depressão acontece quando coisas ruins acontecem: quando você se divorcia, quando você perde o emprego, quando você está falido, esse tipo de coisa. E também acreditavam que a depressão geralmente desaparece por conta própria, especialmente se você e essas preocupações mudam, ou se elas são resolvidas. O Instituto Nacional de Saúde Mental faz, então, uma campanha nacional para informar ao público que isso estava errado, que na verdade a depressão se deve a esse desequilíbrio químico no cérebro, que os transtornos são crônicos, que é uma doença e que temos medicamentos que podem consertar nosso cérebro. Isso significa que será necessário tomar esses medicamentos para a vida toda. Essa é basicamente a história que foi contada.

Entretanto, com essa nova história sendo promovida, houve um esforço para divulgá-la ao público e promover novos medicamentos e, é claro, divulgar as empresas farmacêuticas. Eles adoram esta nova história, porque agora vamos pegar todos aqueles problemas que surgem na vida e vamos dizer que são doenças, e isso abrirá um mercado extraordinariamente muito maior para drogas psiquiátricas. Isso aconteceu no final de 1980.

Depois disso, o outro acontecimento foi que, supostamente, conseguimos esses novos grandes antidepressivos, inibidores seletivos da recaptção da serotonina, que dizem ser muito melhores do que as drogas antigas e, portanto, eles foram anunciados como medicamentos inovadores que podem deixá-lo ainda melhor. Essa é a história que ouvimos nos Estados Unidos. Nessa época, 2% da população estadunidense adulta, mais ou menos, fazia uso de antidepressivos. Enquanto isso, essa história era divulgada ao público pela American Psychiatry e pelas empresas farmacêuticas. E hoje, essa

porcentagem é de 15% a 20%. Foi uma grande expansão no mercado de uso de antidepressivos.

Daí, na década de 1990, começam a entrar os chamados antipsicóticos atípicos. Uma segunda geração de antipsicóticos, considerada muito melhor do que a primeira geração. Drogas como Zyprexa, Risperidona e Seroquel (Quetiapina) são os nomes comerciais. E estes também foram descritos como responsáveis por consertar desequilíbrios no cérebro e ajudar as pessoas a voltar à vida normal. Também foi dito que eles não tinham muitos problemas com efeitos colaterais. Assim, passaram a ser usados não apenas para a psicose, mas também foram usadas com pessoas que tinham insônia, foram dadas a pacientes bipolares, foram dadas a crianças para controlar seu comportamento e houve essa grande explosão no uso dessas drogas. Por exemplo, do ponto de vista corporativo, econômico e capitalista, essa foi uma história muito eficaz nos Estados Unidos, foram gastos cerca de 800 milhões de dólares em drogas psiquiátricas em 1987. Já em 2007-2008 estávamos gastando cerca de 40 bilhões de dólares em drogas psiquiátricas, que é uma expansão das drogas em 50 vezes, em termos do tamanho do mercado. Atualmente, se você olhar para o número de pessoas que fazem uso de drogas psiquiátricas, cerca de 25% das pessoas com mais de 12 anos nos Estados Unidos tomam algum medicamento psiquiátrico diariamente. E o mais extraordinário, se você pegar os nossos jovens, na idade de 18 anos, quando eles vão para faculdade, entre 25% a 30% deles chegam ao campus com um diagnóstico e uma receita. Houve essa conversão extraordinária de pessoa para paciente. Mas porque falhou? Falhou de todas as formas possíveis. Agora a primeira grande falha é que na verdade, mesmo no início da década de 1980, nos círculos de pesquisa, os pesquisadores começaram a dizer que talvez os antidepressivos ajudem a aumentar a atividade serotoninérgica, mas quando olhamos para pacientes com depressão, antes de tomarem as drogas, não foi descoberto algum problema com o sistema serotoninérgico. Essa descoberta foi em 1984.

Em 1999, o próprio livro da Associação Psiquiátrica Americana (APA) dizia que a teoria da baixa serotonina era apenas uma hipótese, e acabou não se comprovando como verdadeira. Nós não achamos comprovação de que as pessoas com depressão têm baixa serotonina antes de usarem as drogas psiquiátricas, da mesma forma, eles não descobriram que as pessoas com esquizofrenia tinham alta atividade da dopamina. E se você olhar para a literatura científica, você vê uma e outra vez, na verdade, que os

pesquisadores não estão descobrindo que os desequilíbrios químicos são a causa dos transtornos mentais. Isso era conversado nos círculos de pesquisa, mas não foi comunicado ao público. Enquanto isso, o público estava se organizando em torno da narrativa de que as drogas psiquiátricas ajustam o desequilíbrio químico do cérebro. Essa narrativa foi exportada dos Estados Unidos para todo o mundo e isso se tornou a crença comum. Agora, no início deste verão, pesquisadores no Reino Unido revisitaram a história da baixa serotonina e analisaram pesquisas ao longo de 50 anos. A pesquisa feita por Joanna Moncrief e Mark Horowitz constatou que nunca houve nenhuma descoberta que apoiasse esta teoria, de que as pessoas com depressão tinham níveis baixos de serotonina. E, no entanto, pesquisas apontam que 85% da população mundial entende que desequilíbrios químicos são a causa da depressão, da esquizofrenia, etc. Então, esse é o maior problema. Nós nos organizamos em torno de uma narrativa de doença, que não é verdade. Nós, como sociedade, nos organizamos em torno de uma narrativa falsa. Contudo, existe uma segunda parte da história do desequilíbrio químico que precisa ser contada. Quem está tomando um antidepressivo não tem nenhuma anormalidade serotoninérgica conhecida. Mas os bloqueios dos antidepressivos aumentam a atividade serotoninérgica no cérebro, então o que o cérebro faz para tentar manter um funcionamento normal? Eles chamam isso de equilíbrio homeostático, ele diminui sua própria produção de serotonina. A ironia de toda essa história, do ponto de vista científico, é que eles levantaram a hipótese de que a depressão era resultado de um certo equilíbrio no cérebro, que eles não conseguiram comprovar, no entanto, eles descobriram que depois que você toma um antidepressivo, ele induz uma anormalidade biológica. O próprio desequilíbrio químico, hipoteticamente causador da depressão, é na verdade, um modelo para entender as drogas psiquiátricas.

Em 1995 ou 1996, o diretor do National Institute of Mental Health (NIMH), Stephen Hyman, disse em um artigo chamado *Paradigma para Entender as Drogas Psicotrópicas*, que todas essas drogas perturbam o funcionamento normal, como resposta a essa perturbação, o cérebro passa por essas adaptações compensatórias e no final desse processo compensatório, o cérebro está operando de uma maneira que é quantitativa e qualitativamente diferente do normal. Portanto, as drogas são, de fato, agentes anormalizantes.

Agora, apenas para seguir em frente com o colapso desse modelo de doença, vamos voltar para 1980. Eles disseram: vamos validar esses distúrbios, são doenças e podemos validá-los encontrando genes, podemos encontrar a patologia, só achar a resposta a um tipo de droga. Essa era a esperança quando eles publicaram o DSM-III. Mas quando eles estavam se preparando para publicar o DSM-5, nos anos 2000, havia uma mesa redonda de especialistas em diagnóstico e eles perguntaram se algum desses distúrbios eram validados como doenças reais, todos esses especialistas disseram que não, e eles disseram que realmente essas categorizações de diagnósticos são apenas construções que eles agruparam algumas pessoas com sintomas, talvez semelhantes, mas não são validadas como doenças. Então o DSM não foi validado. Continuamos ouvindo sobre genética, mas na verdade, não há genes conhecidos por serem específicos para um transtorno psiquiátrico. A última coisa é se isso produziu bons resultados, o que aconteceu com a vida das pessoas durante um longo período de tempo e o que você encontra de novo, talvez essas drogas tenham alguma eficácia de curto prazo em diminuir os sintomas de um transtorno, da depressão, da psicose ou da mania. O que se vê repetidamente a longo prazo, em comparação com o que chamamos de taxas de recuperação natural, é que eles aumentam o risco, por exemplo, de uma pessoa deprimida continuar deprimida após três, quatro, cinco anos. Em outras palavras, eles tornaram o distúrbio mais crônico.

O grande estudo sobre TDAH descobriu que, a longo prazo, não houve benefício com o uso de estimulantes, na verdade o que se viu foram crianças com pioras nos sintomas, maior probabilidade de ter problemas juvenis, talvez alguns problemas com a lei. Mesmo na esquizofrenia, que se acredita ter certeza que as drogas têm um benefício, o melhor estudo de longo prazo feito pelos NIMH encontrou que as taxas de recuperação para pacientes com esquizofrenia foram oito vezes maiores entre aqueles que pararam de tomar a medicação a longo prazo por um período de 10 a 15 anos, em relação aqueles que estavam usando os medicamentos de forma constante.

O que vemos em estudos de resultados de longo prazo é um aumento no risco de uma pessoa se tornar crônica e no risco de uma pessoa se tornar incapacitada. Agora, isso não significa que ninguém se beneficie com as drogas ou que não fique bem com as drogas a longo prazo. Apenas significa que é o grupo não medicado, em geral, que tem os melhores resultados a longo prazo. Então, em um nível individual, não vemos uma

melhora nos resultados, e isso é uma falha. Em um nível social o que vemos uma e outra vez é que enquanto operamos sob esse modelo de doença, vemos um aumento no peso social desses distúrbios. Assim, em cada medida que olha para o peso do transtorno mental na sociedade, você o vê subindo e esse é um número específico de pessoas incapacitadas devido aos transtornos mentais. Isso é particularmente verdadeiro em sociedades que realmente abraçam esse modelo de doença e aumentam o uso dessas drogas.

Existe um reconhecimento crescente dentro da psiquiatria norte americana, dentro da psiquiatria mundial de que o modelo da doença entrou em colapso e precisamos repensar toda essa resposta social às dificuldades psiquiátricas. Vou dar a vocês dois exemplos: um deles é o ex - relator especial da ONU sobre Direito à Saúde, Danius Pûras. Ele é um psiquiatra infantil da Lituânia. Quando estava se preparando para entregar seu cargo ele pediu uma revolução na psiquiatria. Disse que precisávamos nos afastar desse modelo biomédico, desse modelo de doença e dessa forma de pensar nas drogas como a solução e precisamos avançar para um modelo ambiental, onde vemos que as sociedades que são mais solidárias e, na verdade, mais igualitárias em termos de distribuição de riqueza, oferecem melhores serviços sociais para suas populações. Ele disse que precisamos avançar em direção a uma perspectiva dos direitos humanos quando falamos sobre a interação da sociedade, interação com pessoas com algum tipo de transtorno psiquiátrico. Em outras palavras, se tivermos regras sociais que reconhecem os direitos humanos, reconhecem que sua atuação protege os direitos humanos, levará a melhores resultados, e, é claro, é a coisa certa a fazer agora. A propósito, existe um histórico disso. Houve uma reunião na Índia em 2016, em Tara, eu estava lá e me pediram para falar sobre essa mesma questão, sobre a narrativa que levou a uma espécie de pensamento social e como precisamos inventar uma nova narrativa. Havia pessoas das Nações Unidas e pessoas da Organização Mundial da Saúde. A OMS emitiu um documento, em 2021, dizendo que nós precisamos de uma revolução no cuidado, afastando-se do modelo biológico e indo mais na direção do modelo social. O documento fala sobre programas na África que fomentam a amizade. Fala sobre programas na Noruega em que fazem esforços para tratar pessoas sem medicamentos. Fala sobre o *Soteria House*, uma comunidade residencial para pessoas com psicose em Israel, em que os antipsicóticos são usados em menor quantidade, o foco é conviver. Então um chamado para uma revolução está sendo feito por autoridades, estão dizendo: nós precisamos repensar, precisamos

banir essa narrativa em torno da qual nos organizamos nos últimos 40 anos, porque ela falhou cientificamente, não se comprovou como uma verdade científica. Mostrou-se uma narrativa falsa no nível individual, ou seja, não aumentou a probabilidade de as pessoas melhorarem. E no nível social, não reduziu o fardo social dos transtornos mentais. Então, agora a chance é: vamos repensar em profundidade. Esse seminário é a chance de começar a fazer isso, olhando para trás e olhando para frente. Eu comecei a minha fala dizendo quão importante eu considero esse seminário e quão grato eu sou ao Paulo e ao Fernando e a todos os organizadores, porque eu acredito que é a primeira reunião anual em que isso é discutido, e isso pode ser espalhado para muitos países.

E aqui vão alguns pensamentos rápidos. Se você olhar para estudos epidemiológicos e o que acontece com quem não foi tratado com drogas, quais são seus resultados naturais...bem, a depressão sempre foi entendida como um distúrbio episódico, apenas uma pequena porcentagem de pessoas com depressão se cronifica. Até mesmo na psicose, antes da introdução dos antipsicóticos, dois terços das pessoas que sofreram um episódio psicótico inicial veriam sua psicose diminuir com o tempo. Essa pessoa era liberada do hospital psiquiátrico para comunidade e vivia bem em comunidade. Apenas um terço dessas pessoas se tornaram crônicas. O resultado mais recente acerca do uso de medicação para pessoas com esquizofrenia demonstra que apenas 5% conseguiram realmente retomar suas vidas. Sempre tivemos crianças com dificuldade na escola, como ler, e nós sabemos que as crianças mudam, crescem, vão para a vida adulta e o diagnóstico TDAH e a medicação não melhora o processo de desenvolvimento. Então, nós podemos ver nos seres humanos uma oportunidade de serem melhores, mais resilientes às mudanças...aquilo que precisamos é de uma resposta que ajude a aproveitar essa capacidade natural para as pessoas se recuperarem de uma mania, se recuperarem de uma psicose, se recuperarem de uma depressão

Essa é a primeira coisa. A segunda, é que quando temos programas alternativos que mudam o ambiente, que ajudam as pessoas a adquirir rede, a capacidade de estar com outras pessoas, encontrar significado social em sua vida e, melhorar também, sua situação financeira, se melhorarmos as salas de aula...tudo isso são remédios eficazes para as pessoas readquirirem um melhor eu emocional. O melhor programa do mundo ocidental para o primeiro episódio de psicose, que saiu do Norte da Finlândia, ajuda as pessoas a recuperar um senso de lugar na sociedade, as ajuda a conseguir um emprego novamente.

E é essa inclusão, esse pertencimento que resulta tão eficaz. Então, o que nós atualmente vemos como alternativas, é o que esperamos que se torne a corrente principal. E isso somos nós, seres humanos. Somos concebidos por Deus, pelo ambiente, pela evolução, não importa seu sistema de crenças, para sermos responsivos ao nosso ambiente e o ambiente é muito importante para saber o status das nossas emoções, dos nossos estados mentais. Como um primeiro passo para alternativas, ter mais cuidados com ambientes quando as pessoas têm uma dificuldade, mas também como construímos ambientes em nível social, que nutram melhor a saúde mental. Eu acredito que o que acontecerá no futuro, é vermos esse tipo de coisas serem experimentados em diferentes países e poderemos aprender de outros países. E eu não acredito que a liderança venha dos EUA, talvez tenhamos lá algumas sementes. Mas acho que virá de países como Noruega, que está fazendo algumas coisas, de Israel, da Dinamarca, da Espanha que também está fazendo coisas incríveis e do Brasil. O Brasil tem uma rica tradição que remonta a quando vocês fizeram sua lei de saúde mental e isso faz parte de sua mudança para a comunidade que Paulo, acredito, foi o principal ator que reconheceu os direitos humanos. Vocês têm um bom sistema de cuidado comunitário, então acredito que existe muita força para construir e tornar um líder que outros podem imitar. Agradeço pelo seu tempo e obrigado pela oportunidade de falar hoje.

THIAGO PIRES MARQUES (Historiador – CES Coimbra)

Muito obrigada Robert, foi uma fala fantástica. Brilhante colocação e comunicação. As pessoas estão muito felizes por você estar aqui. E agora vou passar a fala para Fernando de Freitas.

FERNANDO FREITAS (LAPS/ENSP/Fiocruz)

Boa tarde a todas e todos. Parece que eu havia combinado com Bob ou Bob havia combinado comigo, o que eu iria falar. Há uma sincronicidade muito clara, ao meu ver, da apresentação dele com o que eu vou apresentar para vocês. Espero ter sucesso. Eu irei abordar a partir da perspectiva da filosofia social, essa é minha proposta.

A minha referência básica é: A luta dos usuários ou sobreviventes da psiquiatria por reconhecimento e por poder viver livres da psiquiatria. Recentemente, no final do ano passado foi publicado um artigo meu no *The Journal of critical Psychology counselling*

and psychotherapy, justamente tomando como referência a luta dos movimentos de sobreviventes da psiquiatria pelo reconhecimento e a sua demanda para ficar livres da psiquiatria. No Brasil, na minha opinião, a demanda dos sobreviventes é muito frequentemente a mesma demanda dos usuários do sistema de saúde em geral. Portanto, demandas por direitos dos usuários do nosso sistema único de saúde (SUS), por exemplo. Ou são demandas de Direitos Humanos, em geral. A minha visão é que existem demandas específicas de quem é usuário do sistema de assistência psiquiátrica. São demandas por direitos específicos de quem é usuário do sistema de psiquiatria. E isso não costuma ser levado em conta: a especificidade das demandas dos usuários da psiquiatria. Pelo menos tomando como referência as demandas dos movimentos avançados na Europa, nos Estados Unidos, em termos de usuários ou de sobreviventes da psiquiatria, e muito particularmente, demandas por direitos específicos. A minha fonte básica de bibliografia é uma obra de um filósofo alemão, Axel Honneth, que é da última geração da famosa Escola de Frankfurt. Escola inaugurada por Adorno e Horkheimer nos anos 20, na Alemanha. Axel Honneth é discípulo do Habermas e, atualmente, é o nome mais importante da atual geração da escola de Frankfurt. Esse livro (*Luta por Reconhecimento: A Gramática Moral dos Conflitos Sociais, de Axel Honneth*) está em português, mas existem vários outros livros dele. O background (*Livro Eu e Tu, Martin Buber*) de é o pensamento desse pensador judeu, Martin Buber, que também é muito pouco conhecido entre nós, no Brasil, infelizmente. No entanto, é um pensamento que inspirou não só pensadores do campo religioso, ele era judeu, mas também, com uma forte interlocução com, por exemplo, ativista dos Direitos Humanos, Martin Luther King Jr. Vários encontros ocorreram entre eles. Também ele inspirou várias gerações de pensadores europeus: Heidegger, podemos dizer que ele inspirou o próprio Habermas e vários outros pensadores. Então vale a pena ler esse livro: *Eu e Tu*. Nele, Buber faz uma distinção muito clara entre a relação que a gente estabelece com o mundo objetivo e com o outro. Portanto, um tipo de ação comum nas relações com o mundo físico, o mundo objetivo, e as relações necessárias, inerentes às interações humanas. Isto é, um tipo de agir que seria um agir dialógico. Na linguagem do Habermas, um agir comunicativo. Esse outro livro português: *Do diálogo e do Dialógico*, eu recomendo com muita ênfase a leitura dele. Infelizmente, particularmente, no campo da Saúde Mental, ele é muito pouco conhecido. O meu argumento para que o reconhecimento exista, praticamente o reconhecimento de um conjunto de direitos dos usuários da psiquiatria, é o próprio modelo biomédico da

psiquiatria, que tem sido objeto desse nosso seminário, muito particularmente, desse nosso sexto seminário.

O agir do modelo biomédico da psiquiatria se baseia no diagnóstico psiquiátrico que parte, portanto, do princípio que haja uma doença. É o modelo de doença, como Bob acaba de enfatizar. E sendo doença, a causa é uma causa biológica. Seriam disfunções de neurotransmissores e, portanto, o tratamento básico de primeira linha é o tratamento psicofarmacológico, que visa corrigir disfunção nesses neurotransmissores. Há dois tipos de agir no pensamento de Habermas: um tipo de agir que é o agente instrumental e, ou estratégia, e o agir comunicativo. A diferença é enorme. Pegando como referência o que Martin Buber havia falado, no século 20, ou nos anos 20 e 30. O tipo de agir instrumental estratégico é aquele necessário para um mundo físico, para a física, para a química, para os fenômenos biológicos, que é transformar o objeto. E você busca, então, causar efeitos desejados nesse objeto. Ao passo que o agir comunicativo, é o agir inerente às interações humanas. Embora as interações humanas, evidentemente, também sejam coordenadas por esse agir instrumental e, ou estratégico. Porém, quando nós nascemos, o bebê na relação bebê e mãe, o agir fundamental não é estratégico, não é instrumental, é o comunicativo. É a interação da mãe, por exemplo, com filho, filha e a comunicação que há entre eles, um reconhecendo o outro, como outro. Há diferenças, ela não é igual a ele, a mãe tem 18, 20, 30 anos de idade, o outro tem zero, um mês de idade, dois meses, três meses. Então, como dois seres totalmente distintos, eles conseguem se comunicar, conseguem se entender, conseguem chegar a algum consenso. E aí, esse entendimento que faz com que haja o desenvolvimento tanto do bebê, como também da mãe e do pai.

Habermas faz uma síntese dos tipos de agir: aquele que é o agir orientado pelo êxito, que é o agir instrumental e, ou estratégico. E o agir orientado pelo entendimento, que é o agir comunicativo. A racionalidade de um tipo de agir é diferente do outro. Enquanto que no agir comunicativo ou dialógico a racionalidade está no entendimento, se houve ou não um entendimento, se os interlocutores terminam se entendendo, mesmo quando no princípio não se entendia nada. E assim, dado o entendimento, a orientação de como fazer, a própria construção da personalidade do sujeito. Enquanto que o outro é orientado pelo êxito. Eu consegui ou não chegar a tal objetivo, mas o objetivo de um pode não ser o objetivo do outro. Não há um consenso do objetivo. Então, estou mentalizando, é um meio para chegar ao fim. São dois tipos de agir bastante distintos. Vamos lá, A

situação de “estar” paciente de um sofrimento psíquico. O encontro de uma pessoa com serviço de assistência em Saúde Mental é aquele de um sujeito que sofre psiquicamente e se vê ameaçado de perder a habilidade de se auto governar. O sujeito sofre de obstáculos que impedem a plena realização do potencial humano e está sentindo-se como objeto de algo. A tese que eu compartilho é: a superação do estado de estar no mundo como paciente depende de como é o reconhecimento feito pelos outros. Deixar de ser paciente disso ou daquele outro e adquirir autonomia, depende do tipo de reconhecimento que está sendo feito pelos outros. Uma coisa é esse “x”, essa incógnita, aquilo que está afetando o sujeito, ser considerada como uma doença mental. Uma coisa bem distinta é que esse “x” seja considerado, reconhecido pelo outro como uma reação esperada a uma situação traumática sofrida. Esse “x” como uma resposta a condições opressivas ou a uma história de vida. Logo, da luta antimanicomial as diversas lutas geradas na assistência pós-asilar existem, assim, demandas pela remoção das restrições institucionais que impedem a plena realização da autonomia e da autorrealização.

Desafio que se apresenta para nós, sob o ponto de vista epistemológico, são duas exigências, necessitamos de uma teoria do sujeito. O processo de reforma psiquiátrica, o processo de mudança paradigmática, o nome que a gente queira dar, a gente tem que ter uma teoria do sujeito. É uma teoria, pelo menos, que seja explícita. Claro que existe muitas teorias, mas uma teoria que dê conta da relação entre a autonomia do sujeito e a sua autorealização. Ao mesmo tempo, outro desafio complementar é a necessidade de uma teoria social. Ou seja, para sua autorrealização os sujeitos dependem estruturalmente dos seus parceiros sociais. Pois bem, esses dois desafios foram aqueles enfrentados desde o início da escola de Frankfurt. Desde a inauguração, Adorno e Horkheimer, naquele discurso inaugural deles, passando por Walter Benjamin, Marcuse, Erich Fromm e agora, por exemplo, pelo Axel Honneth. Ele (Honneth) diz isso entre aspas: “A reprodução da vida social é governada pelo imperativo do reconhecimento mútuo”, “Porque se pode desenvolver uma relação prática consigo próprio apenas quando se aprendeu a ver a si próprio da perspectiva normativa dos parceiros na interação, como o seu interlocutor social”. Assim, a questão do reconhecimento é equivalente de alguma maneira à teoria marxista da luta de classe, isso é muito inovador no pensamento da escola de Frankfurt atual. Particularmente, com Axel Honneth. Isto é, são as lutas pelo reconhecimento que levam a mudanças sociais. Seria algo equivalente à luta de classes, mas não se reduz aqui à questão econômica ou de luta econômica, luta de operário contra o bloqueio. Não, são

as lutas pelo reconhecimento e, em cima disso, que Axel Honneth propõe a leitura do desenvolvimento social da sociedade, das civilizações, etc. Então, as características básicas da individualidade podem ser alcançadas por e através da experiência do reconhecimento intersubjetivo. O *background* desse pensamento de Axel Honneth é Hegel. Ele retoma Hegel, como faz parte da tradição da escola de Frankfurt, no livro *Fenomenologia do Espírito*, no capítulo *A luta pelo reconhecimento*, a luta do senhor escravo tradicional. Tantas e tantos pensadores trabalharam com isso, e o Honneth trabalha isso de uma maneira muito própria, muito inovadora, eu diria. E a filosofia do direito de Hegel, G.H.Mead com a psicologia social e a psicanálise, também como a escola de Frankfurt da tradição, só que não é Freud, é Winnicott. E a Jéssica Benjamim que é uma psicanalista americana contemporânea, com muitas coisas, muitas obras inovadoras não só para psicanálise, mas também para o pensamento social.

Três formas de reconhecimento são propostas por Honneth: o amor e sua relação com a autoconfiança básica, as relações legais e sua relação com autorrespeito e a solidariedade e sua relação com a autoestima. Vamos lá, o amor e a autoconfiança, a base que é a primeira forma de reconhecimento, está lá em Hegel, claramente desenvolvido na *Fenomenologia do Espírito*, e também, de alguma maneira, na *Filosofia do Direito*. O que é a base humana? Base para todos os outros reconhecimentos, que é o suporte emocional. O seu núcleo são as relações amorosas, as relações entre pais e filhos, as relações de amizade e as relações eróticas entre amantes. É lindo ler isso em Hegel e, mais ainda, porque Hegel é meio complicado, ler isso como é apresentado pelo Axel Honneth. O reconhecimento das necessidades e emoções do outro através de certas relações primárias do amor e da amizade, é o que cria condições para a relação prática consigo próprio em termos de “autoconfiança”.

Os profissionais de saúde, em particular os de saúde mental, estão diretamente envolvidos com essa forma de reconhecimento, digamos assim, primária. Porque ela é a base. Tem aí a psicanálise de Freud, de Winnicott, muito em particular. A análise das relações patológicas e as condições que podem levar a uma forma bem-sucedida de vínculo emocional com outras pessoas. A psicanálise posiciona o papel das relações primárias como sendo chave para a formação do sujeito e sublinha as consequências de se ignorar as necessidades primárias. Partes dos problemas que chegam a nós, em termos da saúde mental, dizem respeito exatamente a isso.

Um amor é incompatível com o agir instrumental ou o agir estratégico. Imagina, por exemplo, uma relação entre amantes eróticos. No amor erótico, se um se sente objeto do outro, não há amor, acaba o amor. Então, o amor e o agir comunicativo são mutuamente dependentes. O amor é dependente da dialogicidade entre os parceiros que se comunicam. E o exemplo da aplicação disso, claramente, está na experiência do Diálogo Aberto. Mas também, em todas as práticas dialógicas, como em *Soteria House* e outras práticas bem-sucedidas, de êxito terapêutico ou êxito da relação entre autorrealização e a autonomia do sujeito.

A 2ª esfera de reconhecimento é inseparável da primeira: "Nós apenas podemos nos entender como portadores de direitos quando nós conhecemos que várias obrigações normativas temos que ter com relação aos outros. Apenas quando nós tomamos a perspectiva do 'outro generalizado'", que é a ideia do George Herbert Mead, ele que desenvolveu isso. "Apenas quando nós tomamos a perspectiva do 'outro generalizado' que nos ensina a reconhecer os outros membros da comunidade como portadores de direitos, podemos nos entender como um sujeito de direitos", um depende do outro, "no sentido que podemos estar seguros que várias das nossas aspirações serão encontrados". Então, a recusa dos direitos e a exclusão são formas de desrespeito. Aliás, esse é um livro dele, *Forma de Respeito*, que não está traduzido para português. Não ser encarcerado em um asilo psiquiátrico, ter acesso a serviços de saúde de qualidade, de forma equânime, sem qualquer tipo de discriminação. Por exemplo, atualmente na Noruega o direito do cidadão de escolher se ele quer ser tratado com uma droga psiquiátrica ou livre de drogas psiquiátricas. Isso é um direito, esse é um dever nosso, do Estado, oferecer esse tipo de serviço. É de imaginar que no município onde a gente vive, onde eu vivo, o serviço de saúde mental oferece essa possibilidade de pessoas poderem ser tratadas. Seja por estarem com depressão, ou com algum tipo de psicose, qualquer problema, ser tratado sem a necessidade de ser tratado involuntariamente, por um prescritor que prescreve uma droga psiquiátrica. Isso é um direito, ser respeitado o direito de escolher o serviço disponível em sua comunidade, sem quaisquer tipos de discriminação, ter o direito a ser tratado livre drogas psiquiátricas. Como é objeto desse seminário, por exemplo. Ter o direito a tratamento para deixar de ser dependente do tratamento psicofarmacológico, reparem que esses tipos de direitos aqui, não são os mesmos direitos dos usuários do SUS, em geral. Porque é o contrário, quer dizer, usuário dos serviços do SUS, por exemplo. Isto porque o usuário do SUS pede o direito a ter acesso livre, gratuito, às drogas e aos remédios. Isso

é um direito do diabético, ter acesso a remédio, etc, etc. É diferente, provavelmente, dos direitos ou das demandas dos usuários da psiquiátrica, ter direito ao tratamento livre do uso de drogas psiquiátricas. Não é o mesmo direito de um paciente de gastro ou da Oncologia, etc. Ter o direito ao informe consentido esclarecido pode ser um direito de todos, mas muito particularmente, do direito do usuário de um serviço de psiquiatria. Mas, esse direito não lhe é dado porque em geral, entre outras coisas, não se reconhece o usuário da psiquiatria como alguém com autonomia ou capaz de ter autonomia, de autogoverno. Ele é visto como dependente, objeto de algo externo, que não tem controle. Esse é o pressuposto. Então, como é que eu vou fazer um consentimento livre esclarecido com um psicótico, alguém que eu acabei de dar o diagnóstico de psicose. E como é que ele vai ter direito a escolher, ele é um paciente psiquiátrico.

Aí entra a 3ª esfera de um reconhecimento concerne ao reconhecimento pela sociedade das características e habilidades específicas, sejam elas individuais, sejam elas coletivas. É um horizonte intersubjetivamente compartilhado de valores. “A fim de adquirir uma relação não distorcida consigo mesmo, os sujeitos humanos precisam sempre - além da experiência de cuidados afetuosos e do reconhecimento legal - uma forma de estima social que lhes permita relacionar-se positivamente com as suas características e habilidades concretas”. Por exemplo, o reconhecimento da sabedoria vinda da sua experiência de vida, um *know-how* a ser respeitado. Essa é uma habilidade, essa é uma característica desses indivíduos. Por exemplo, de quem já passou por essa experiência do suicídio e agora faz parte de uma equipe de suporte de pares. O seu conhecimento sobre suicídio, determinantes, o que leva, como soluciona, ele tem e eu não tenho. Por exemplo, os Ouvidores de Vozes. Me lembra a experiência que eu tive nos Estados Unidos, graças ao Bob, quando eu fui lá em Massachusetts. Eu fui conhecer uma experiência de ouvidores de vozes, eu não pude entrar na hora na reunião do grupo. Conversamos antes, foi apresentado como é, como funciona. Mas eu, Fernando, não ouço vozes. Então, entre eles há um *know-how*. Ao mesmo tempo, o movimento ouvidores de vozes luta para que a sociedade reconheça que eles têm uma habilidade, que pode ser vista como religiosa, dependendo do espaço pode ser conhecido como médium. Em um ambiente espírita é um médium. Essa é uma habilidade que uns têm, uns poucos têm, outros não. Bom, finalmente, os pares como integrantes da equipe do planejamento e execução dos cuidados assistenciais. Décadas que nós temos de reforma psiquiátrica, mas nós não temos essa experiência de usuário fazer parte da equipe, não para se ouvir a sua

opinião, para fazer uma reunião, para fazer uma assembleia. Não é isso, é com o mesmo status, mesmo *know-how*, mesmo poder. Então gente, é o fim. Desculpe, não sei se eu demorei um pouco. Obrigado, até a próxima.

THIAGO PIRES MARQUES (Historiador – CES Coimbra)

Muito obrigado, Fernando. Está no tempo. Excelente, também nos traz uma comunicação muito rica, uma reflexão filosófica. A questão dando ênfase as Lutas dos Sobreviventes e a importância de pensar essa teoria do sujeito, ligando ética ontologia e epistemologia. Acredito que é por aí que você nos levou. Temos também muitos comentários e questões, mas deixaremos isso para um segundo momento e então passo imediatamente a palavra ao Adilson Silva.

ADILSON SILVA (MNLA E MONULA)¹³

Boa tarde para todas, todes e todos. Eu sou Adilson, estou falando aqui de São Paulo, capital, região da zona leste. Eu sou homem, estou usando cabelos crespos, cabelos e olhos castanho e me identifico como pardo. Estou usando uma camiseta polo preta, e atrás de mim tem um guarda-roupa, estou aqui no quarto de onde eu moro. Queria agradecer ao dr^o Paulo Amarante e a toda organização do 6^o Seminário A Epidemia das Drogas Psiquiátricas por ter incluído a minha participação neste importante seminário. Também a dr^a Ana Paula, presidente da ABRASME e a Escola Nacional da Saúde Pública (ENSP), da. E a todas, todes e todos que estão participando nesse momento.

Eu participo aqui no Brasil, como já foi apresentada, pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e surgiu agora, no contexto da pandemia, a tentativa de revogação do Governo Federal atual, e a gente conseguiu se mobilizar bastante e também realizar várias conferências municipais, nacional, também na tentativa de construção de políticas públicas para o campo da saúde mental antimanicomial. Também participo do MONULA, que é o Movimento Nacional de Usuários e Familiares. Ele era um embrião desde 2001, mas não estava bem organizado, então começamos a organizar nesse contexto de pandemia de covid-19, com a ajuda, apoio técnico e assessoria do professor Eduardo Mourão Vasconcelos, uma pessoa que tem estudado e se dedicado bastante a essa questão da participação dos usuários e dos seus familiares na saúde mental

¹³ Participante do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, e do MONULA – Movimento Nacional de Usuários e Familiares.

antimanicomial. Bem como na perspectiva dos Direitos Humanos, na perspectiva das políticas de drogas e álcool e com o foco nos grupos de ajuda mútua, nos grupos de fala e também na organização dos usuários. O movimento é muito diverso, muito grande no Brasil e, às vezes, ele acaba não juntando muito naquela questão do foco dos direitos sociais e humanos dos usuários da Saúde Mental. Nós estamos nessa tentativa aí, com esse movimento somente de usuários e familiares, os familiares antimanicomiais. A gente tem os familiares que não cuidam, que internam seus familiares. Na primeira apresentação, eu vi as experiências de outros países, também com relação a inclusão. E o tratamento não depende somente de medicamentos psiquiátricos, ele depende, também, do trabalho, da moradia, da participação. É junto com outras pessoas, ou seja, da interação social. Aqui tem tido muito isso, para aqueles usuários que também tenha disposição e vai se interessando e sendo apoiado, para participar tanto de movimentos sociais quanto de conselhos de saúde, de conselhos gestores de unidade. Mas não tem passado muito disso. Não tem tido trabalho, para ele se manter. Aqueles que conseguem adquirir benefícios, têm tido perdas ultimamente, com o governo atual fazendo cortes e pentes finos nos direitos adquiridos pelos usuários e seus familiares. Com isso, muitos voltaram a ficar dependentes e entraram em vulnerabilidade financeira. Por sua vez, quando entram em vulnerabilidade financeira, tende a ir para as ruas, voltar para as ruas, a ficar morando na rua, a ficar precisando de albergues, a ficar precisando das acolhidas. Às vezes, tem muitas críticas sobre esse tipo de acolhida, existe muita desumanidade dentro desses Centros de Acolhida, das Assistências Sociais. Elas têm recebido muitos cortes no financiamento, para se manter de uma forma mais humanizada e garantir um acolhimento mais humanizado.

Com relação às lutas, para a gente ter acesso a consulta, também existe dificuldade. Depois de 2000 para cá, quando começou a pandemia de Covid-19. Porque tem baixado muito o quadro de profissionais nos serviços. Tivemos que ficar mais em casa, reclusos e, às vezes, atendimento em casa, com poucas pessoas das equipes multiprofissionais dos CAPS, das UBS e outros serviços, que a rede do Sistema Único brasileiro oferece. No Estado, eles passaram a entregar esses medicamentos em casa, e muitas vezes, não falávamos direto com o médico. Tivemos relatos de usuários que receberam a dose do medicamento e tiveram problemas de efeitos colaterais graves, mas depois de muita conversa e até diálogo junto com os colegas de movimento, tem sempre um profissional mais solidário, que acaba dando um jeito de fazer o atendimento e acertar

o medicamento. A gente luta muito aqui, também, pelo acesso daqueles que querem usar o medicamento, porque o Governo Federal fez cortes nas Farmácias Populares, nas farmácias de alto custo também. Isso acabou deixando muita gente, muitas pessoas, usuárias da Saúde Mental quanto do Sistema Único geral, sem o uso adequado do medicamento. Acho que precisa muito de um fortalecimento do Sistema Único de Saúde, para que a gente retome as equipes completas, que retome o financiamento do Sistema Único de Saúde, com a retirada da Emenda Constitucional 95, que congelou os recursos do Sistema Único de Saúde por 20 anos, indo até 2036. Isso prejudicou muito e continua prejudicando, não só o Sistema Único de Saúde brasileiro, como a educação, a pesquisa acadêmica, vários campos da Saúde Mental e da educação, da assistência, da Previdência Social e de vários campos da Justiça, dos Direitos Humanos. Necessita-se de recursos financeiros para a área da saúde mental, no que se refere ao campo dos Direitos Humanos, das audiências de custódias, para o campo dos usuários da saúde mental que está nos Hospitais Psiquiátricos, para fazer a desinstitucionalização. Tudo isso atrasou montar equipes de atendimento às crianças e os adolescentes das fundações. Tudo isso foi acumulando uma série de prejuízos para a gente.

Eu também participo da articulação nacional das Marchas da Maconha. A gente briga muito pela legalização da maconha no Brasil, para que se tenha na rede e os medicamentos produzidos pela cannabis, que várias pessoas usam para tratamento de câncer, para crianças que têm autismo. E a gente encontra uma grande dificuldade ainda na sociedade brasileira com relação ao preconceito da planta, de legalizar ou não. De conselhos, também de profissionais, que ainda não entende, que ainda estão muito fechados num campo de preconceito com relação aos tratamentos alternativos, como os tratamentos de plantas medicinais e, até mesmo, das farmácias vivas. Nós também brigamos no movimento Nacional da NEPIS (Núcleo de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Saúde) para a implantação da PICS (A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares) no Sistema Único de Saúde, e tem tido barreiras aí, por causa de estados que não querem a implantação das PICS no Sistema Único de Saúde. Assim, a pessoa que não quer ficar se entupindo e se enchendo de medicamentos psicofármacos, pode usar outras alternativas, terapêuticas naturais. Ainda estamos lutando muito. Tem uma comissão no Conselho Nacional de Saúde e tem uma barreira de implantar esse serviço. Mas a gente não vai parar de brigar, a gente vai continuar lutando para conseguir a melhoria da rede do Sistema Único de Saúde, como um todo. Para ter a ampliação da

rede, a implantação completa do Sistema Único de Saúde e tentar continuar lutando para diminuir a privatização do Sistema Único de Saúde.

Eu acho que o que vem prejudicando mais são os cortes dos recursos financeiros do Sistema Único de Saúde e a privatização, através das Organizações Sociais, da Rede de Atenção Psicossocial. Ela é praticamente toda privatizada no Estado de São Paulo, e com esse novo governador, que vai entrar, a tendência privatizar cada vez mais. Nós temos que continuar lutando para que a gente alcançar aquilo que faz bem para os nossos tratamentos de saúde mental e também para a sociedade como um todo. Para nós, que estamos vivendo nesse momento, e para aquelas pessoas que vão vir depois de nós. É uma luta constante, uma batalha constante e permanente. A gente também está se reinventando na questão da participação e do controle social. Tanto no institucional quanto no movimento geral e nos Direitos Humanos. A gente tem tido inserção, mas não é muito fácil. A gente tem que estar sempre cavando os lugares, dentro das comissões de saúde, dos conselhos. Tem sempre aquelas pessoas que acolhe, que insere, que vai apoiando. A gente já está participando, porque a participação social e a interação social fazem parte do apoio ao tratamento, do apoio para não se isolar em casa, para a pessoa não ficar só dependente do medicamento, deitado em cima de uma cama ou pensando coisas ruins. É um momento que ocupa a cabeça dela, a mente dela com coisas positivas. Se sente apoiada, também, por outras pessoas, pessoas que defendem realmente uma sociedade sem manicômios, os Direitos Humanos.

Eu acho que esta parte da participação e do controle social, através de conselhos e de movimentos sociais, é um aspecto muito positivo. Reivindicando mais apoio das entidades, das pessoas que são do próprio movimento social, essa questão do trabalho na rede, na própria rede, para que não fique só no tratamento e nem na participação social nas assembleias, mas que também tenha condição de ter empregos, para poder ter a parte financeira ajustada, sair um pouco da vulnerabilidade financeira. A moradia também é um problema aqui no Brasil, para as pessoas usuárias da Saúde Mental, para a população em situação de rua, que também tem sofrido. Muitos cortes nos programas, e hoje a maioria perdeu emprego, perdeu os benefícios, caiu numa situação de mais vulnerabilidade social. É isso, vamos continuar lutando e esperar que o esse novo governo brasileiro, que o Lula que ganhou no dia 30 as eleições, retome aquilo que estava sendo construído na saúde mental e em vários outros campos de políticas sociais. E que daqui a

dois ou três anos, a gente possa começar a melhorar nossa situação, a situação não só usuário da Saúde Mental, como também da população em situação de rua, a população que está passando fome no Brasil, a população que está sem moradia, nas ruas, nas ocupações, sofrendo violência policiais e do Estado. Temos esperança que daqui a 2, 3 anos a gente possa ir mudando essa situação.

Eu quero encerrar agradecendo o professor Paulo Amarante e toda a equipe que me convidou. E o seminário é muito positivo. A gente tem um documento dos usuários e dos familiares com 31 diretrizes e estamos fazendo uma conferência livre de usuários da Saúde Mental, vamos ter um relatório. Qualquer coisa a gente manda esse relatório, para a gente dialogar com o governo atual, para estarmos inseridos nas diretrizes, no possível plano de governo. Obrigado, um abraço a todos, a todas e todes.

THIAGO PIRES MARQUES (Historiador – CES Coimbra)

Muito obrigado, Adilson. Muito obrigado por esta comunicação que traz uma reflexão de fundo a partir do ponto de vista dos usuários e usuárias, do saber da experiência. Mas também, dos saberes daquilo que o Boaventura de Souza Santos chama de saberes nascidos nas lutas. É isso que eu ouvi aqui na sua comunicação, como essas lutas que são, na verdade, lutas por várias causas. Aqui umas diversidades de causas atravessam, também, outros movimentos sociais, como população de moradores e moradoras de rua, as pessoas que estão em situação de fome e outras assim. Mais uma vez, obrigado a Adilson. Então, passamos agora a quarta apresentação, que é do Paulo Amarante.

PAULO AMARANTE (LAPS/ENSP/ Fiocruz)

Obrigado. Boa tarde. Seguindo o exemplo do Adilson, também vou me descrever. Sou um homem branco, de cabelos grisalhos, uso óculos, uma camiseta azul. Atrás de mim em uma estante cheia de livros e outros objetos.

Quero agradecer uma vez mais ao Tiago por estar aqui com a gente, coordenando essa última mesa. Ao Bob. Ao Fernando, parceiro importantíssimo, eu tenho falado isso, em fundar esse seminário, persistindo nessa ideia do site Mad in Brasil, inspirado no trabalho do Bob, seguindo essa linha, consolidando uma discussão já permanente, que entrou no calendário, na agenda nacional, apesar da pandemia, da dificuldade, nós

mantivemos o seminário sempre com um padrão muito bom, com boas discussões. Estar aqui com Adilson, um querido amigo militante, importantíssimo no Movimento Antimanicomial, um ator e ativista importante. Eu também, Adilson, estou lá desde você sabe, desde 2001. Fiquei ao lado dessa ideia, de que o movimento tinha que ter um processo específico, conduzido pelos usuários, sobreviventes, vítimas da psiquiatria, o termo que se desse. O quão importante, não apenas como uma participação, digamos, instrumental, mas realmente estratégica. No sentido de construir com os usuários a ideia da participação social no SUS, a ideia da participação social na Reforma Psiquiátrica. Não é escutar a sociedade para saber o que ela quer. O Sérgio Arouca quando dizia que isso é um processo civilizatório, que nós estamos fazendo, dizia: é para fazer com, é para envolver as pessoas no processo de construção, de transformação, de construção de outras formas de ser, de estar, de viver, de pensar. Não como objetos de uma política que a gente, com todo o direito, com todo respeito, vai lá escuta, mas como os sujeitos efetivos na construção. Isso é, para mim, um dos pontos mais fundamentais.

Quero saudar todas as pessoas que estão participando, nos assistindo. Temos tido mais de 500, 600 pessoas ao vivo, assistindo permanentemente as mesas. É um público muito grande. Fora que o seminário está sendo gravado e vai ficar disponível no YouTube. Quero saudar, muito particularmente, a turma do curso que nós estamos fazendo de Saúde Mental e Direitos Humanos. O curso está sendo promovido pelo Observatório Saúde Mental, Direitos Humanos e Políticas Públicas, do LAPS (Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial). Esse curso priorizou esse seminário hoje, pela importância que tem o tema da medicalização. Nós já vimos isso, seja em todas as falas de hoje de manhã, de ontem. E hoje, muito especialmente, nas falas do Robert, do Fernando e do Adilson, a importância dessa luta. Não se trata só de uma mudança de modelo assistencial, de introdução de tecnologias, de novas técnicas terapêuticas, mas sim de uma transformação do lugar social das pessoas, da saída do lugar de objetos de para um lugar de protagonista e de atores sociais. E, por isso, e não é por uma razão meramente formal, em todos os seminários nós tivemos participações importantes de usuários, de pessoas que passaram com essa experiência. Ontem a Sarah Fay, hoje o Adilson, no ano passado a Rosângela, que tá aí nos assistindo. Nos nossos cursos no LAPS, também sempre tivemos a participação desse segmento, dessas pessoas, desses sujeitos, denominados sempre de uma maneira muito difícil, porque reduz elas a um certo lugar, como usuários, mas são militantes, sobreviventes. Em

todos os cursos, inclusive ministrado, geridos, iniciados pela Fundação Oswaldo Cruz (), no nosso Laboratório de Direitos Humanos. E por outro lado, a ideia da importância de discutir esse tema com a sociedade em geral. Por isso, que o curso, tanto curso de Direitos Humanos como outros cursos nossos, seminários, nos envolvemos pessoas da área do direito, do jornalismo, da história, por exemplo, o Andrew Scull, e tantos outros. A ideia é que não seja só um debate técnico da saúde mental, mas um debate de todos os sujeitos envolvidos, familiares e outros atores sociais que formam opinião social sobre a questão da loucura, dos Direitos Humanos, do tratamento etc.

Essa mesa, ela tem como uma proposta. Ela está acontecendo logo após as eleições, nós queríamos colocar uma agenda política, nós teremos agora quatro anos de um novo governo e queremos retomar algumas questões, construir algumas questões. Então, a ideia fundamental dessa mesa é propor ideias, propor iniciativas, pensar questões, ver por onde vamos encaminhar. Fiquei muito mobilizado com toda as falas, anotando ideias, pensando em questões que eu não tinha pensado. É sempre assim, nós vamos nos envolvendo, mexendo no tema, vamos conhecendo coisas novas, vamos vendo novos caminhos, novos obstáculos e tudo mais. E uma das questões que eu acho que foi destaque desse seminário, muito particularmente hoje de manhã, é a importância fundamental nessa área da saúde mental, da psiquiatria, da gente demarcar a necessária crítica epistemológica, necessária crítica científica ao modelo dito biomédico, pretensamente biomédico da psiquiatria. Nós não podemos adotar simplesmente ou quase que acriticamente, o conceito de transtorno mental como se ele significasse efetivamente alguma coisa, se ele não seja no fundo um sinônimo ou eufemismo mais suave, mais sutil, menos descarado da ideia de doença mental ou de alienação mental, como usou Pinel. Mas também, a própria Organização Mundial da Saúde (OMS), na Classificação Internacional de Doenças (CID), diz que não gosta do termo transtorno, que é um termo inadequado e quando ela vai definir não diz muita coisa, diz que é uma alteração de uma forma, de um comportamento que seria o ideal, mas qual seria o ideal? Inclusive, em inglês qual é o termo utilizado, é desordem mental, ou seja, distúrbio da ordem. Mas qual é a ordem? Qual é a forma do comportamento? Ontologicamente, o homem tem o comportamento ideal ou esse comportamento é moral? É social? É cultural?

A psiquiatria, tomando como base o modelo do DSM, tomou como normalidade, como sujeito, tipo psicológico, tipo social ideal um determinado sujeito, de uma

determinada cultura. E depois, ela joga para o mundo inteiro essa ideia. Então, quem não é igual aquele sujeito, supostamente ideal, lá dos Estados Unidos, que a sociedade norte-americana vota se o que ele faz é bom, não é, se é doença, se não é, se é transtorno, não é. E leva isso para o mundo inteiro. É o que Bob falou, exportou essa ideia, uma ideia, que é cultural, que é uma ideia de colonização. E é muito interessante que pessoas, inclusive no Brasil, militantes dos Direitos Humanos, criticam a colonização, falam do decolonizar, mas usam o tempo todo expressões como *empowerment*, *advocacy* e tantas outras. Não é a questão do termo em inglês, mas é o significado do comportamento que acaba sendo achatado, como se tudo que nós fazemos é *empowerment*, e não, por exemplo, luta por direitos humanos, luta por reconhecimento, luta por cidadania, luta por autonomia, luta por participação, etc.

Então, essa é uma questão fundamental que foi levantada no seminário e é importante que a gente volte a elaborar. Na prática, não é uma crítica teórica, e hoje foi dito isso, uma crítica prática, teórica, de mudança da relação com as pessoas ditas com transtorno mental. Sempre digo, as pessoas falam: está aumentando a depressão, o que está aumentando é o diagnóstico de depressão, porque a colonização de uma determinada forma de pensamento psiquiátrico está dizendo que mais pessoas têm um comportamento que é patológico. O próprio termo “depressão” foi medicalizado, não se usa mais a expressão “depressão” sem, automaticamente, associar-se a um transtorno. Da mesma forma, não se usa a expressão “transtorno” sem associar-se a uma doença. Então, ninguém pode ter mais um transtorno na vida, um transtorno emocional, um transtorno familiar. Isso é uma estratégia de medicalização, e patologização. Não só da psiquiatria, mas desses saberes conservadores que visam uma determinada criação de um território, como dizia Machado de Assis, através do personagem Bacamarte, ampliar o território da psiquiatria. Não pensam mais na vida, nos transtornos, nos problemas, no sofrimento humano, fora da dimensão da doença. Eu fiquei muito impressionado, esse trabalho que estou fazendo em Petrópolis, onde teve um desabamento gravíssimo, em que morreram quase 300 pessoas, pessoas perderam casa, família, perderam projeto de vida, perspectiva de futuro e foram imediatamente medicadas com antidepressivos. Porque se considerou que elas estavam com transtorno depressivo. O que as pessoas tiveram foi sofrimento humano. Sofrimento humano não é sinônimo de sofrimento mental, no sentido que eu comentava. É tão geral, tão genérico, que se nós pensamos: somos seres humanos, temos uma mente, então tudo pode ser mental. Mas quando se fala sofrimento mental, também se reduz ou

se encaminha para uma ideia de transtorno e de que existe uma teoria que explica o sofrimento humano de perda. Aliás, pessoas que passaram por situação de crise, também sofrimento humano, de perdas, de lutos importantes, coletivos, inclusive, como o caso de Brumadinho, de Mariana, já apresentam graves problemas de dependência química ou de antidepressivos. A psiquiatria mais ortodoxa, como o Marcelo disse, a psiquiatria contemporânea hegemônica, de mercado, no campo da formação e da prestação de serviços e de produção de conhecimento psiquiátrico, é denominada de transtorno todo esse processo que as pessoas vivem, como sofrimento humano. Então eu acho que essa é uma questão fundamental esse conceito, essa discussão epistemológica crítica ao modelo do paradigma psiquiátrico que já vimos, também, que as categorias psiquiátricas são frágeis epistemologicamente. Existe muitas pesquisas, de muitas décadas atrás, inclusive, mostrando a fragilidade e a baixa confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico. A Sarah Fay falou isso, ela foi a quatro psiquiatras, cada um deu a ela no diagnóstico, e disseram que ele era seguro, permanente, eterno, que ela iria viver com aquele diagnóstico. Mas, ela conseguiu superar a ideia de que ela era uma daquelas coisas, para poder construir uma vida. Eu acho que essa é uma discussão importante.

Por outro lado, também discutir a suposta fundamentação do transtorno mental, centrada no desequilíbrio químico. Desde o ano passado que a Joana Moncrieff, que esteve conosco, demonstrou o que o Desviat hoje chamou de “falácia do modelo neuroquímico dos transtornos mentais” cujo emblema, cujo modelo basilar, nuclear, modelar seria a ideia do transtorno de recaptção da serotonina, de diminuição de recaptção da serotonina no nível das sinapses, etc.

O que a Sarah Fay levantou, essa ideia do conceito de autoestigma. Como é importante tomar consciência dessa ideia do conceito de autoestigma, muitas vezes produzido pelos diagnósticos psiquiátricos. Eu faço um trabalho há alguns anos, e fiquei muito impactado com uma pessoa que eu conheci, que se apresentou para mim: “Ah muito prazer doutor eu sou fulano de tal, bipolar”. E então, como a pessoa se identifica com o diagnóstico, ela deixa de ser o marido, um profissional, um artista, para se identificar com diagnóstico psiquiátrico eu acho muito importante essa discussão da tomada de consciência das pessoas que militam na área, que atuam, que formam opinião discutir essa ideia de autoestigma, em que a própria pessoa se identifica e se estigmatiza incapaz.

Outro tema importante que eu acho que apareceu hoje, é o tema da psicofobia. Conceito produzido pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), no sentido de acusar as pessoas que questionam o diagnóstico. Eu, por exemplo, quando digo que o diagnóstico de transtorno mental é um diagnóstico fluido e frágil, sem consistência (a própria classificação de transtornos mentais, da OMS, diz que ele é um conceito inadequado), eu posso ser acusado de psicofobia. Porque eu teria resistência a aceitar que alguém tem transtorno, e não porque eu sou uma pessoa que luta contra a patologização, contra a redução da vida ao diagnóstico. A Rede Latinoamericana de Direitos Humanos, no ano anterior à pandemia, fez um seminário muito forte, muito potente em Rosário, na Argentina e um dos logos foi: “A vida não cabe em diagnóstico”. Então, essa é uma questão muito importante: resistir ao diagnóstico. E aí, eu volto, para quem me conhece, a remeter a importância do pensamento da reflexão da contribuição de Franco Basaglia, autor tão falado, tão citado, dá nome de CAPS, de associações, mas poucas pessoas conhecem ou leva em consideração o pensamento, as contribuições de Franco Basaglia, assim como de Frantz Fanon, que agora tem sido muito citado. Assim como a de Cooper e outros autores, considerados precursoras da psiquiatria, mas são críticos a um determinado modelo de conhecimento. Franco Basaglia dizia que nós não sabemos o que é doença mental. Na época se usava o termo doença mental. E, aparentemente, nunca vamos saber, porque não temos uma teoria tão complexa que possa falar desse sujeito, dessa experiência do humano na relação com os outros, como ser social.

A gente fala de esquizofrenia, mas não há nenhum consenso em definir o que seja isso. Falamos dos transtornos, mas sabemos como eles são definidos de forma muito subjetiva, muito superficial. Se faz um catálogo de comportamentos que, se for repetido por um determinado tempo e uma determinada quantidade, uma constância, isso passa a ser denominado como um transtorno. É o que tem acontecido com luto. Agora querem dizer que alguém que perdeu três familiares, perdeu a casa, perdeu o trabalho, depois de um certo tempo ele vira patológico. Então, é essa discussão da psicopatologia. Basaglia dizia que nós não sabemos o que é o transtorno mental. Agora, existe um sofrimento, existe uma forma, talvez uma diversidade. Existe uma expressão que Nise da Silveira gostava muito de falar, os inumeráveis estados do ser. Os seres são tão variados, assim como a natureza é tão diversa. Quem define o que é normal, o que é patológico, senão a cultura. Senão um determinado saber dominante, que tem o poder de falar do outro, de intervir. Então, como esse conhecimento existe, mas ele é limitado, como lidar com ele?

E Basaglia dizia: dialeticamente. Nós trabalhamos colocando entre parênteses, o que não significa dizer que não há. Mas relacionando-se, não com a doença, e sim com o sujeito isso foi fundamental na experiência italiana, e nos inspirou muito. O que é muito diferente de colonização. Pelo contrário, ele era anti-institucional, era contra a hegemonia psiquiatra. Ele dizia: nós não sabemos o que é isso, vamos lidar com o sujeito. Quando botamos a doença entre parênteses, começamos a nos encontrar com sujeitos, como Adilson falou, ele precisa de casa, precisa de comida, precisa de reconhecimento, precisa de arte, de cultura, de lazer, de amor, de passeio, de ocupar a cidade, etc. Tudo aquilo que foi retirado do dito louco, da pessoa com transtorno mental ou, terrível expressão, portador de transtorno mental, jogado no asilo. Porque é incapaz, porque é perigoso, porque é irresponsável. Como ele não pode fazer nada, como ele é inumano, está abaixo do humano, é indigente, está abaixo da categoria de gente, de pessoa, então ele não sofre, ele não pode, ele não deve. Esse foi o deslocamento. Eu tenho muitas outras questões para falar, embora não vá dar tempo. Eu penso que a gente tem alguns princípios, algumas ideias, que a gente tem que fazer. Hoje foi falado a questão do CAPSômio, eu usei a expressão em um artigo, em 2003, em que eu criticava o fato de que a portaria que regulamenta, redefine os CAPS, exigia a existência de um diagnóstico psiquiátrico. Em 2002, a portaria 336 fez isso. Eu me lembro de ter escrito, reclamado, esperneando. Eu conheci um serviço de Saúde Mental, é aquilo que Fernando falava, onde as pessoas ditas usuários, não estavam ali só para figurar como participantes. As pessoas participavam das reuniões, participavam da discussão, construíam os projetos singulares, dito terapêuticos, os projetos de vida. Esse processo mudava totalmente a relação da pessoa e ela procurava um serviço, procurava um LAPS procuravam um CAPS, um outro espaço, o CERSAM (Centro de Referência em Saúde Mental) e diriam: olha eu estou sofrendo, estou tendo uma crise, estou com determinados pensamentos, com determinadas ideias que me incomoda. Isso não significava que deveria ser dado um diagnóstico imediato, muito menos, que para ser atendido deveria ser dado um diagnóstico primeiro. Isso mudou o perfil dos CAPS. Começaram a funcionar e, pior ainda, o pagamento dos CAPS é vinculado a um tipo de diagnóstico, que significava uma frequência num serviço, etc. Isso é uma política para a gente mudar, de agora em diante nós temos que rever essa ideia, os espaços de acolhimento, saúde mental e atenção psicossocial não podem, e não devem ser locais de patologização e de medicalização. Por outro lado, a própria portaria da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) coloca de uma maneira muito significativa as práticas de arte, cultura, etc.

Retomando o que o Adilson falou, ontem na discussão com Allen Frances, eu levantei uma questão. Tenho visto matérias dos Estados Unidos, e o Allen falou isso: olha os Estados Unidos agora estão reivindicando que tem muita população de rua com diagnóstico psiquiátrico, que está sendo descuidado pelo Estado. Olha, o que está por trás disso, é a psiquiatria oficial, institucional. E, no caso aqui do Brasil, privatizada. Ela quer dizer que as pessoas estão na rua, porque elas têm transtorno mental. E por terem transtorno mental e está na rua, elas estão sendo maltratadas. Então, qual é a ideia? Tratá-las, o que significa internar em hospitais privados, em “comunidades terapêuticas”, entre aspas, porque é uma farsa daquilo que foi proposto originalmente. Portanto, a ideia é muito mais de base, quando o Adilson falou da ideia, e eu tô retomando Basaglia, de colocar a doença entre parentes, lidar com o sujeito. Quando o Basaglia entrou no primeiro Hospital Psiquiátrico da sua vida, o que que ele diz? Essas pessoas são pobres, são pobres desfiliaados, são pobres porque são pessoas despossuídas de poder, de direito, de controle, de contratualidade, de reconhecimento. Ninguém fica no Juqueri, o hospital que teve mais de 20 mil internos, mais de 20 mil internos! E fica lá por mais de 20 anos para tratamento médico. Elas estão ali porque o estado não tem políticas de educação, de moradia, de trabalho, de inclusão social e cada vez mais essas políticas de proteção social de formação, de capacitação, de direitos não só humanos, mas direitos sociais, civis. E cada vez mais, esses direitos estão sendo reduzidos, cada vez há mais desemprego, há mais sofrimento humano, há mais impossibilidade, insegurança. Fala-se do racismo estrutural, também da xenofobia, da LGBTfobia estrutural, mas também da insegurança estrutural. Então, quando as pessoas vão para uma instituição dessas ou ficam deslocadas, como paciente psiquiátrico, é porque o Estado falta com as políticas públicas protetivas

O último ponto desse aspecto da patologização do sofrimento humano. Ontem eu dei uma entrevista com a Ana Paula Guljor, que também está aqui, para a Folha de São Paulo. A imprensa queria saber o que fazer com sofrimento psíquico das pessoas ligadas ao candidato perdedor, eu falei: nada! Porque esse sofrimento psíquico não tem nada a ver comigo enquanto profissional de saúde mental, eu vou patologizar alguém que ficou triste, que sofreu porque o seu candidato perdeu? Então, veja como há um movimento de patologização. E esse movimento de patologização é, curiosamente, o movimento de despolitização. Cada vez mais as pessoas tentam suicídio, sofrem, se sentem despossuídas, desqualificadas, sem projeto de vida e uma série de outras coisas. Ao invés de nós pensarmos o que essa sociedade está construindo, o que a nossa nação, o nosso

povo, a nossa cultura está construindo como valor. Ao invés de voltarmos nossos olhos para educação, para cultura, para o reconhecimento, para a solidariedade, as políticas cidadãs, para os direitos, nós estamos, ao contrário, aumentando a intolerância, aumentando aversão ao outro, a diferença, a diversidade, xenofobia, a LGBTfobia, o racismo. E aí, vem uma certa linha de interesses que associa não só a psiquiatria, mas todas as suas relações sociais, os seus poderes sociais, que diz isso é patológico e descontextualiza aquele processo, leva para o nível individual, onde aí sim, ela está com problema de recaptação de serotonina. Agora acabou essa teoria, eles vão ter que encontrar outra. Mas ainda persiste a ideia de que é um transtorno, de que é um sofrimento individual. Então, mesmo o termo saúde mental, está de tal maneira contaminado com a ideia do seu avesso, que é o transtorno mental (não é o oposto, mas é o avesso). Eu vi um médico falando, num seminário há pouco tempo, dizendo: olha, se é problema de saúde mental, eu na saúde da família, não atendo. Mas por que não? Se é saúde mental você atender, tratá-lo, orientá-lo ou é um transtorno mental que você quer dizer? Aí, ele ficou sem graça. É isso, as pessoas estão usando o termo saúde mental como um sinônimo embutido de transtorno mental. Não sei se eu me explico bem, são coisas que eu vou sentindo, que eu vou fazendo...

A RAPS colocou a arte e cultura como algo complementar. Adilson, eu brinco, provooco meus amigos que eu gosto muito, que eu sou usuário. Inclusive das PICs (Práticas Integrativas Complementares), que não são só práticas integrativas de saúde, também são práticas de saúde. A gente sabe que acupuntura, fitoterapia, yoga, meditação são práticas de saúde nesse sentido amplo, não de tratamento de doenças, necessariamente. Eu acho que mesmo nas PICs, às vezes, se tem essa ideia de que elas só estão ali para tratar doença, e não para promover saúde, promover outras formas de ser e estar em relação, outra cosmovisão, outra forma de viver a sua experiência humana, sua experiência social. As práticas culturais, o centro de convivência, as práticas de economia solidária ficaram lá no fundo. Enfim, eu penso que desmedicalizar é fundamental, despatologizar, tentar deslocar a questão dessas experiências diversas de estado do ser, inumeráveis experiências do ser, elas não podem ser compreendidas apenas por uma teoria psiquiátrica psicopatológica, psicológica, psicanalítica, psicopatológica. É necessário pensarmos em outros caminhos, outras formas dessas experiências, nós temos que despatologizar e “descientificar” o discurso. Acho que o Allen Frances abre um caminho quando ele fala do espiritual, nós temos que retomar os filósofos, Fernando

retomou Hegel, Kant, etc. Falavam da alma, do espírito...hoje tudo é mental. A pretensão que as neurociências, a psiquiatria, a neurologia, a ciência do cérebro levantou, de que tudo pode ser explicado por uma teoria científica. E não! A própria vida humana transcende sempre essa capacidade de compreensão, e o deslocamento dessa relação com a doença implica em pensar mais radicalmente as estratégias de arte, cultura, de trabalho, de vida, de outras construções de vida. E, nesse sentido, eu vi muitas pessoas mudando a sua forma de entendimento e a sua identidade, pessoas que se apresentavam como bipolar, mas que hoje se apresentam como artistas como membro de uma cooperativa ou participante de uma associação. Não é só a palavra que ela mudou, ela mudou toda uma relação da autoestigma para uma autoestima, ela muda a relação com a sua rede de relações, ela muda a sua perspectiva de vida. A Sarah também falou e me impressionou muito, pessoas que rejeitam essa peste do diagnóstico: eu sou o bipolar, eu sou um depressivo, eu sou... elas têm muito mais possibilidade de crescimento, maior desenvolvimento na área da saúde, o prognóstico muito melhor do que aquelas que vivem restritas ao diagnóstico, ao seu remédio. Pessoas que superaram, inclusive, o uso de medicação. Que desmamaram dos medicamentos e que abriram perspectivas de vida muito mais amplas.

Por fim, vou falar de um trabalho que a gente fez no início da pandemia. Nós estávamos discutindo sobre tudo ser saúde mental. Então, o que a arte- cultura faz para saúde mental? E eu dizia: olha, nós precisamos pensar o que que é arte-cultura faz para vida das pessoas, para o significado que ela dá vida, para o seu projeto de futuro, das suas relações... E decidimos fazer uma pesquisa, uma pesquisa que foi uma experiência muito rica, porque ela tinha como princípio ser uma pesquisa não extrativista no território de Manguinhos (onde tem várias favelas) com pessoas da comunidade como pesquisadores, não só como objetos da pesquisa. Como pesquisadores vendo essa comunidade tão sofrida, a gente fala de vulnerável, que o estado não tem políticas públicas para essas comunidades. Mas uma moradora e pesquisadora falou: Tem sim! Tem a política da repressão, da violência, do sofrimento, da falta de escol, da falta de serviço de saúde, da falta de direitos, da permissão para que a milícia, a polícia, o tráfico oprima, apesar da farsa da guerra ao tráfico, e sempre fazem isso. E nós queríamos ver como eles faziam, e entramos nessa comunidade com esses pesquisadores. Foi um impacto! Uma dezena de entidades, de coletivos. Vimos como esses coletivos se organizavam, como eles criam estratégias de auto reconhecimento, de autoajuda, estratégias de resistência, de luta de

identidades coletivas. Onde as pessoas, a partir de um de um pertencimento, de uma contingência social, elas se organizam enquanto pessoas, conseguem resistir aquelas opressões, consegue resistir, inclusive, a ideia de que quando elas sucumbem, o problema é o transtorno mental individual, é um problema que ela tem, e não a sua sociedade, a sua cultura, a opressão que ela sofre. Isso deu origem a um catálogo, talvez no encerramento a Ana Paula, a gente, pode falar mais. Muito lindo o catálogo de experiências que está disponível na internet, o melhor acesso é pelo celular por definição das próprias pessoas pesquisadas, da comunidade, que diz: a gente usa menos computador. O celular, então, foi uma necessária adaptação, uma coisa muito bonita, muito forte e que nos abre esse caminho. Olha, existe vida além da ciência, do diagnóstico, do medicamento, existem outras possibilidades. Radicalizar a despatologização, a desmedicalização é conseguir ver outros caminhos que passam pela arte e cultura, os direitos sociais, humanos. E com isso, eu encerro. Agradeço, peço desculpas, eu devo ter falado demais. Deixei um monte de pontos por falar, mas é isso.

O Adilson falou sobre a importância da participação. Vamos ter que redefinir, Adilson, o movimento social. Ana Paula, presidente da ABRASME, e outros participantes que estão por aí, o verdadeiro lugar que se dá a participação social, aos conselhos as conferências nesse país, não pode ser mais apenas algo ilustrativo, algo cosmético. Tem que ser uma efetiva participação, para a construção de um outro mundo e de outro cenário. Muito obrigado então, Obrigado Tiago.

THIAGO PIRES MARQUES (Historiador – CES Coimbra)

Muito obrigado Paulo, a sua fantástica apresentação é sempre muitíssima inspiradora, interpretadora. Você coloca ênfase na questão da crítica epistemológica, que é necessário fazer e continuar a fazer e a relação disso com a política. Também a patologização e despolitização, ficou essa frase aqui a ecoar. Então, vamos às questões e aos comentários. Bom, temos aqui, literalmente, dezenas de comentários, bastantes questões também. Eu não vou conseguir fazer justiça a todos os comentários, vou necessariamente ter que fazer aqui um apanhado. Relativamente à intervenção do Robert, aqui vários comentários incidindo sobre a questão da patologização e medicalização no caso de crianças e adolescentes, notando que o uso de medicamentos psiquiátricos aumentou na população mais jovem e também os diagnósticos. Várias pessoas fazem essa observação. A ideia, também, de que uns medicamentos levam a outros, em um processo

de bola de neve. Por exemplo, aqui Cláudia Souza comenta que pacientes começam com Haldol Decanoato, apresentam impregnação, e aí, vão precisando de outros medicamentos, no tal processo de bola de neve. Comentários, também, elogiando a sua proposta Robert e incitamento com caminhos concretos, no sentido de sair do modelo biomédico e caminhar para um modelo social. Portanto, diversas manifestações de apoio a essa investida, aí a ideia de que o CAPS aparece nos comentários de outras intervenções, mas a ideia de que o CAPS não pode ser um ambiente de medicalização e, por vezes, ele é uma ambiente medicalização. Luciana Gomes de Souza, por exemplo, diz isso mesmo, o CAPS precisa praticar o estar com e não ser um ambiente que patologiza, objetifica e medicaliza.

Bom, estes são alguns dos comentários, peço desculpa àqueles que eu não incluí aqui, agora passo questões para o Robert. Primeira questão: Qual a sua opinião, Robert, sobre o grande aumento no número de diagnósticos de transtornos do espectro do autismo que vem acontecendo ultimamente?

E uma segunda questão que se prende com esta questão da infância: Como a medicalização da infância com dispositivos eletrônicos pode ser modificada diante de uma sociedade cada vez mais eletrônica e pouco social?

Para já deixo estas duas questões para o Robert.

ROBERT WHITAKER (Jornalista, Editor-Chefe do Mad in América/EUA)

Obrigado pelas perguntas. Bem, diagnosticar e medicar crianças aqui nos Estados Unidos é algo que, quando a gente olha para trás, é uma questão de mercados crescentes para as farmacêuticas. Na verdade, aqui nos Estados Unidos por 35 anos os resultados eram que a gente está pegando crianças antes delas terem a chance de ter conhecimento sobre suas próprias vidas e colocando um diagnóstico de transtornos mentais. Isso é um grande problema! Como muita gente mencionou, a gente põe duas, três drogas, quatro drogas nessas crianças, quatro medicamentos... então, a gente vê os esforços para mudar essas crianças ou mudar o ambiente delas, sempre pelos melhores resultados. No Mad in America, a gente vai fazer um projeto de arte e nutrir com a arte as crianças, pessoas com problemas de transtornos, espectro autista, como a gente trabalha com os pais para oferecer um ambiente para essas crianças mais nutritivo. Logo, essa questão de medicar

crianças e diagnosticar é algo trágico, na verdade. Essa é a nova maneira de agir. É algo que causa danos e, realmente, nós estamos pegando essas crianças e, em vez de deixá-las crescerem e desenvolverem a mente, já estão dando medicamentos para elas. Quanto à questão da expansão do espectro autista, acho que é tudo sobre esse estreitamento, ou devo dizer, a expansão do que consideramos anormal. Escutando tudo que as pessoas estão falando, e escutar todo mundo é muito isso, é falar sobre uma filosofia do ser, mas quando a gente olha no DSM todas essas questões de patologização e medicalização, é um sentido muito empobrecido do ser, ou seja, uma forma muito limitada do que é normal e o que é funcional. Basicamente, você pode viver bem em qualquer sociedade que você esteja e isso gera intolerância à diversidade. Você sabe, antigamente o autismo era, claramente, um problema grave. Mas, com essa expansão do espectro do transtorno autista, estamos levando as pessoas...você sabe que Einstein, supostamente, estaria no transtorno do espectro autista, então meu ponto aqui é que estamos pegando pessoas que talvez tenham dificuldades sociais, mas que também podem ter habilidades incríveis, conhecimentos, talentos e outras coisas. Então, o que eu vejo com essa expansão do espectro é limitar o que a gente considera normal, acho que isso faz parte da crescente patologização da infância, acreditando que cada vez mais as pessoas têm que ser iguais, ao invés de alimentar uma cultura que valoriza as diferenças.

Bom, com relação ao problema de dispositivos eletrônicos, as crianças são cada vez menos sociais. Eu acho que tem muitos dados aí, no mercado na internet, que antes da gente ter esse negócio de eletrônicos, das mídias sociais, as crianças aprendiam a se socializar nas escolas, elas ganhavam essas habilidades sociais estando presencialmente com outras pessoas, organizando atividades, jogos e, também, sem o envolvimento dos pais. Eu acho que o problema de todos esses dispositivos eletrônicos é que a gente está a um passo de distância de um envolvimento real com alguém, com quem você pode realmente aprender. A gente também vê nas mídias sociais que as pessoas são mais maldosas umas com as outras quando elas estão um pouco mais distantes. E está claro que a mente e o cérebro se desenvolvem de uma forma um pouco diferente quando a gente está fazendo as coisas através de dispositivos eletrônicos. Agora eu queria trazer um ponto aqui, nós estamos nesse momento no Zoom e eu estou interagindo com todos vocês, através desse dispositivo com essa distância. Eu posso te dizer que quando eu fui ao Rio de Janeiro, por exemplo, eu tive a honra e o prazer de estar aí, pessoalmente, e é uma experiência muito mais rica, é uma experiência muito mais interessante, eu aprendi muito.

E o que Fernando também estava falando, eu aprendi mais com aquela sensação de estar com vocês, que é uma experiência tão vital. Então o que eu acho é que a questão dos dispositivos eletrônicos é muito importante, porque a experiência dos seres humanos hoje em dia, é o uso de dispositivos sociais e mídias sociais, logo estamos diminuindo essa oportunidade de enriquecer a vida um do outro, de compartilhar uma refeição, de organizar jogos entre as crianças. Acho que a gente precisa voltar para o modelo social, de como é viver na sociedade hoje e como você se encaixa enquanto ser humano, é o que realmente precisamos. O DSM, na verdade, é uma espécie de filosofia empobrecida, que está fora de sincronia com o que vemos em textos religiosos, romances, peças de teatro... Shakespeare, por exemplo. Porque na literatura vemos que os seres humanos são meio loucos, o que quero dizer é como somos muito emocionais, ficamos obcecados, ficamos sobre o controle do amor, das emoções...

Mas, no DSM é como se as crianças soubessem como se comportar direito na escola desde o início, e os adultos têm que estar dentro de um espectro muito estreito de emoções, de comportamentos e ações. Por exemplo, se alguém morre, você não deveria ficar de luto por muito tempo. As questões levantadas são muito boas porque passaram do diagnóstico para a filosofia. O que precisamos realmente fazer, é perguntar o que é realmente ser uma criança e como podemos cuidar melhor de crianças que são curiosas, competentes, resilientes. E o que a gente está perdendo quando muitas das nossas interações são através de dispositivos eletrônicos, ao invés de presencial. Foram perguntas tão boas, que não sei se realmente tenho uma resposta.

THIAGO PIRES MARQUES (Historiador – CES Coimbra)

Muito obrigado Robert, passo então aqui aos comentários e questões para o Fernando. Fernando aqui vários comentários que vão no sentido de alertar para uma necessidade de uma reestruturação dos serviços nomeadamente dos CAPS para incluir essas propostas epistêmicas e políticas, trazer os saberes e as experiências dos usuários não é numa relação de horizontalidade com os profissionais, portanto esta ideia de que é necessário repensar os CAPS para incluir essa questão do reconhecimento, também é algo que vem em feedback com diversas articulações. Por exemplo, o pensamento de Habermas, Cláudio Souza... Habermas que fala da ética discursiva em que o agir social da ação comunicativa proporcionam uma interação e construção de consenso. Também houve intervenções de pessoas que se identificam como sobreviventes, por exemplo,

sobrevivente dos manicômios: “graças ao CAPS e a equipe multidisciplinar recuperei em mim a autonomia com arte e liberdade”. Esta questão da equipe multidisciplinar aparece também nos comentários diversas vezes, a necessidade de reforçar a equipa e a equipe multidisciplinar. “É necessário também”, ainda sobre esta questão dos CAPS, “é necessário, também, que o cuidado não seja medicocentrado, se entenda consulta como principal e os outros cuidados como complementares, esta ideia de uma hierarquia de especialidades em que o médico, a medicina continua lá no topo e os outros numa relação de subalternidade, portanto construir uma horizontalidade no CAPS. ”

Bom, e temos depois algumas questões que eu vou passar a ler. Uma questão é: “o SUS prevê a corresponsabilidade pelo cuidado, usuário e profissional, então o direito ao cuidar com ou sem medicamento não estaria garantido?” É uma questão colocada pela Alessandra Nogueira. Outra questão: “Fernando, qual a referência para saber mais sobre os ouvidores de vozes?”

FERNANDO FREITAS (LAPS/ENSP/Fiocruz)

Obrigado, Tiago. Olha só, eu diria uma coisa... que até o ano passado, no 5º seminário, entre os convidados estava Joana Moncrieff. Eu me lembro do comentário que ela fez no seminário e, também, que ela fez a mim mesmo, na entrevista que ela me deu. Ela faz uma reconstrução da história da instituição psiquiátrica, a Inglaterra teve um papel fundamental no mundo na construção do modelo asilar, e uma pergunta que ela faz, que eu faço aqui, é a seguinte: Será que não seria hora de a assistência passar a ser assistência social ao invés de assistência em saúde?! Provocação, também, que eu faço aqui, porque quando for assistência em saúde dificilmente sai do modelo de doença ou vai ficar se discutindo se é medicocentrado, médico, modelo biomédico...entende? Quando boa parte das demandas, feita pelas pessoas, pelos usuários, em termos, na maioria da população, as classes populares.... É a assistência social, é o benefício social, porque não está podendo trabalhar, é ter moradia, é ter casa, é ter comida.... Isso aí não é da saúde, ou seja, quando não é da saúde, isso é traduzido sempre em termos da saúde...[risos] e quando é em termos de saúde, quem organiza o sistema de saúde é o médico, isso é no mundo inteiro. Então, me parece que isso que ela diz, talvez o futuro, a ponte para que passe a ser... serviço social, assistência social, algo do gênero... entende? Mas que saia do âmbito da saúde e todos os eufemismos, saúde mental... e toda essa confusão, saúde mental, física e biológica. Isso é uma coisa que eu acho importante, tá? Fazendo essa

observação, que é uma provocação. Então, será que não é hora que os CAPS, tudo isso que a gente tem... o sistema... não seja um sistema amplo de assistência social ou algo do gênero? Entende? Mas que seja social, certo? Agora, com respeito a uma pergunta que foi específica... até anotei aqui... eu não sei quem fez essa pergunta, mas agora, nos dias 4 e 5 de novembro, vai ocorrer em Porto Alegre, o Congresso Mundial de Ouvidores de Vozes, aqui no Brasil, e eu estava vendo aqui na página que um dos uma das pessoas, Bob, é a Caroline Marz, aquela que você me apresentou lá, quando eu fui com você em Massachusetts, uma jovem organizadora do Ouvidora de vozes e essa experiência que ela passou, todo o entusiasmo dela mostrando, como é que é o trabalho, etc., etc. Mas, assim que começou a reunião, eu e o Bob tivemos que sair, porque nós não ouvimos vozes, não é verdade? Então, não é o outro falando, o curioso de quem ouve vozes. E eles têm espaço para mostrar para o mundo, estratégias de como lidar com ouvir vozes. Por exemplo, se eu tô ouvindo voz, botar um fone de ouvido na rua, tanta gente não tá falando sozinho, né? Às vezes, você olha assim... está com um celular. Então, maneiras de ser menos discriminado e também maneiras de ser reconhecido socialmente. Como eu falei, pode ser um fenômeno religioso para alguns, para outros não, é sei lá...um fenômeno estético. Então, acho que isso é importante. Quem perguntou, está aí a oportunidade: Porto Alegre, dias 4 e 5 de novembro, o Congresso Mundial do Hearing Voices, Ouvidor de Vozes, aqui no Brasil. A Alessandra Nogueira perguntou sobre o SUS... pois é, eu continuo achando que, muito provavelmente, o futuro vai apontar para que essas questões saiam do campo da saúde, ou do sistema de saúde, que não é igual a cardiologia, não é igual a oncologia, não é igual pediatria...é uma especialidade médica em crise, que provavelmente ela entre cada vez mais em crise, de legitimidade, e as questões que ela aborda, uma boa parte são questões sociais, então se assume como social, né? A medicina também é social, mas é diferente. Eu também acho importante, para completar, o seguinte: deixar de pensar a Saúde Mental apenas para pobre. A classe média, como o Manuel Desviat falou, está aí, ela abre consultórios particulares do que for, é nítido, talvez muito mais gente da classe média esteja sendo atendida do que o pobre. O pobre então vai no CAPS em troca do diagnóstico, eu vou ter casa, eu vou ter comida, eu vou ficar como beneficiário do INSS, entende? Isso é social, o que que tem de saúde nisso? Saúde é tudo, a vida é saúde, se for botar em saúde tudo, tudo é saúde, é óbvio. Aliás, se diz, ou mal ou bem, humano é saúde, é estar com saúde. É isso, não sei se eu respondi...

THIAGO PIRES MARQUES (Historiador – CES Coimbra)

Eu creio que respondeu Fernando, muito obrigado! Eu estava lendo aqui dois comentários que eu deixei passar, mas que parecem muito importantes, nomeadamente aqui, um comentário feito pela Rosângela Santos que é lacônico, que mais vai direto à questão: “é preciso que o usuário saiba dos seus direitos”. Outro comentário, que também tem a ver com o lugar dos usuários nos centros e nos CAPS, nomeadamente, diz Marcos Ferraz: “a prescrição deve ser horizontal, isto é, a decisão depende também do paciente e sua rede de atravessamentos. ”

FERNANDO FREITAS (LAPS/ENSP/Fiocruz)

Sem dúvida, mas assim, completando, até para eu falar que era necessário que se encarasse drogas psiquiátricas como drogas psicoativas, então elas têm compulsão, mas não como drogas terapêuticas. São drogas psicoativas que podem ter essa ou aquela finalidade, acho que isso é uma coisa de importância. A outra, é essa de dizer que eu acho que é direito, sim, mas em geral acho que a gente tem que olhar muito o que ocorre na sociedade, sobretudo na nossa social-democracia, sobreviveu, por que? Porque lá é onde há a maior justiça social. Países como Noruega, Suécia, Dinamarca e Finlândia, daí vem uma especificidade de consciência dos direitos dos usuários, que esses direitos são específicos, há uma tendência a considerar o direito dos usuários como se fosse direitos humanos, em geral, mas existem direitos específicos daquelas pessoas que são usuárias, não é o mesmo direito que eu. Ela tem os mesmos que eu, mas também tem coisas que são próprias. Isso eu acho que para nós falta muito, para a nossa consciência política, particularmente dos usuários, de reconhecer direitos específicos e brigar por eles, lutar por eles.

THIAGO PIRES MARQUES (Historiador – CES Coimbra)

Obrigado, Fernando. Então passando aqui para a comunicação do Adilson. Bem, temos várias reações de apoio e encorajamento ao ativismo e à militância do Adilson, inclusive pessoas que são companheiras de luta: Simone Brito, do MONULA oficial, vem

aprendendo tanto e de tantas outras lutas antimanicomiais e democráticas. Depois a questão é a questão dos processos de vulnerabilização que você menciona, Adilson, que como é preciso trabalhar sobre esses processos sociais que vulnerabilizam os grupos e as populações, eu acho que está aqui a ideia de que essa questão da vulnerabilidade não pode ser entendida como um mal que as pessoas são, não é isso, é um processo, as pessoas são, de fato, vulneráveis por processos sociais e isso ecoa aqui nos comentários a sua comunicação, outros comentários apelando a integração de mais usuários em encontros como este e agradecendo a sua participação. Também, de integrar usuários sobreviventes em equipes completas e, curiosamente aqui, a expressão utilizada é de assistência social, de alguma forma fazendo eco com o que você dizia ainda agora, Fernando. E precisamos avançar e desfazer os atrasos desses últimos anos, várias e várias reações assim, colocando em ênfase alguns dos pontos que audiência o que o Adilson nos traz e outros sentidos do encorajar. Agora, também, questões sobre a Cannabis e utilização de produtos derivados da cannabis, há aqui pessoas que se manifestam de alguma forma hesitantes, por exemplo, Adriano Almeida: “não sou contra, mas é necessária muita maturidade para a aplicação da cannabis”, portanto, a ideia que é um debate, é um debate que está aí em processo. É isso aí, Adilson não sei se você quer reagir a estes comentários.

ADILSON SILVA (MNLA E MONULA)

Então, é sobre lidar com os processos de violações de direitos humanos das pessoas usuárias e familiares da saúde mental da assistência de outros setores. Eu falei que existe uma atuação forte, boa e bem apoiadora dos conselhos de direitos humanos e eu falei também como conselho de direitos, humanos eles têm sofrido perseguição política por parte de alguns governantes, tentativa de fechamento e tudo mais. Mas, não é só os conselhos direitos humanos, há também as entidades de defesa de direitos humanos que são bem fortes, o que que a gente precisa mais, falar mais sobre os direitos humanos das pessoas usuárias da Saúde Mental e de outros campos de políticas sociais, também, dentro do movimento, é antimanicomial porque eu vejo que muitas pessoas, que até trabalham na rede, elas não querem muito falar sobre direitos humanos, sobre os direitos sociais sobre também os direitos da pessoa com deficiência e as resoluções que o Brasil é signatário. Também, a gente precisa falar mais sobre isso e no nosso movimento, a gente fez um curso de formação para falar sobre tudo isso, todo mundo que vai entrar para o movimento já vai passar por essa formação. Aí, também com pauta sobre direitos

humanos, a ABRASME, ela tem feito também um grande apoio na defesa dos direitos humanos, das pessoas usuárias da Saúde Mental junto com Conselho Nacional Direitos Humanos, junto com os conselhos estaduais, junto até ao escritório do Brasil, aqui da ONU Brasil, a frente ampliada mista da câmara federal em defesa da reforma psiquiátrica, da luta antimanicomial. Eu acho que é por aí, quem não souber nos procure para a gente conversar, ser inserido no movimento, sobre essa questão aí, tá? Tem a Conectas, também em São Paulo, ela é bem atuante na Comissão de Saúde Mental e Direitos Humanos da OAB e de várias outras instituições de campos profissionais, a Procuradoria Federal dos Direitos Humanos, a Defensoria Pública, o próprio Ministério Público, o Núcleo de Direitos Humanos... Então, nós temos aí vários campos, eu acho que a gente precisa é conhecer mais, saber procurar, fazer o caminho e saber também seu acesso, sobre a questão do campo de direitos humanos e das violações do direitos humanos. Uma outra coisa que o usuário precisa saber mais, é que existem esses dispositivos e que existem esses direitos, porque muitos não sabem que existem esses direitos, porque não está sendo educado para o conhecimento desses direitos, é sobre a horizontalidade dentro da Rede de Atenção Psicossocial, eu acho que tem que conquistar, devido a privatização do Sistema Único de Saúde, quem toma conta são organizações sociais. Muitas organizações sociais dessas hoje, são de cunho religiosos e elas vão implantar ali, o sistema dela dentro do serviço, mesmo sendo dentro do Sistema Único de Saúde, que não deveria, pois é um sistema público. Então, isso passa também pela forma de contratação que é feita dos profissionais dentro dessa rede, que muitas vezes também na educação, não são formados na perspectiva da reforma psiquiátrica antimanicomial e na perspectiva de uma reforma psiquiátrica, pautada nos direitos humanos e na garantia dos direitos sociais das pessoas usuárias da Saúde Mental e das pessoas usuárias também dá assistência e das pessoas que usam os canais relacionados aos direitos humanos, tá? Uma outra pergunta, em relação ao uso terapêutico da cannabis medicinal no Brasil, todos derivados da cannabis, eu acho que quem não conhece o movimento antiproibicionista, veja pelo Facebook, é Legaliza STF, e pelo canal do YouTube. Tem o Facebook, tem o Instagram e tem um canal do YouTube, inclusive, lá tem várias lives, tem várias rodas de conversas e pode, também, fazer contato com grupo que tem de WhatsApp, onde a gente fica, é onde fazemos reuniões aos domingos, e dependendo do estado, a pessoa pode procurar as marchas no estado, também tem várias associações para estar compreendendo mais o processo. Porque ainda é uma planta e uma pauta criminalizada no Brasil, por isso o movimento de luta para a descriminalização e, por isso, a luta no campo da ciência. Existem pesquisas

científicas, hoje, de universidades brasileiras, universidades internacionais.... Aqui no Brasil, por ele seguir uma uma linha mais religiosa do tratamento e de criminalizar determinadas plantas, que poderia estar dentro das farmácias vivas, nas comunidades e sendo utilizado, tanto como medicamento quanto outros derivados diversos, que se pode fazer. Então, a gente sabe que é alta complexidade e que é difícil, mas a gente vai abrir nos caminhos democráticos, com governos democráticos para ver se a gente, também, vai conseguindo... assim como a gente conseguiu, o Sistema Único de Saúde, num período que era ainda da ditadura militar e conseguimos a saúde mental também por pessoas que lutaram em defesa de uma saúde mental democrática, de uma saúde mental mais territorializada e do cuidado em liberdade. E até hoje esse modelo sofre perseguição pelo modelo conservador, pelo modelo que quer a pessoa sendo tratada dentro dos manicômios, então assim, nada é dado, as coisas são conquistadas... com lutas, com lutas sociais e muitos anos de dedicação. Se não conhece procura as páginas que eu falei, e se insere no movimento. Com relação a horizontalidade, eu acho que deve melhorar. É colocar na pauta da formação profissional, uma grade ou uma disciplina. É com foco na saúde mental, no cuidado em liberdade, na perspectiva da luta da Saúde Mental antimanicomial porque nós temos dois modelos hoje, que fica aí brigando, que é o modelo biomédico, o modelo que tem que prender, que tem que o sujeito é perigoso, que tem que hipermedicalizar, e o modelo do cuidado em liberdade, que ele tem sofrido também alterações por causa do modelo de privatização do Sistema Único de Saúde na minha visão, e a entidade religiosa que cuida, lógico que eles vão colocar trabalhadores que pensam igual, e se não pensar igual, sofre perseguição, é mandado embora, é silenciado... a gente, às vezes, vai para dentro dos conselhos, também para fazer... para fazer apoio aos trabalhadores, defender trabalhador e trabalhadora da rede, que sofre perseguição. Tem uma trabalhadora em São Paulo que foi mandada embora, porque denunciou aglomeração, um monte de pessoas dentro de uma UPA, é fora do padrão de tratamento que a lei 10.216 estabelece. Então, o funcionário também sofre perseguição, quando ele começa a falar demais ou quando ele começa a exercer o papel de direito, de sujeito de direito. Ah você já está de alta, vai para UBS, vai para outro lugar.... Então, é necessário que mude a formação, também, a partir da academia, da sociedade, a partir das pastas que administra o Sistema Único de Saúde. Acho que foi só isso de perguntas.

THIAGO PIRES MARQUES (Historiador – CES Coimbra)

Obrigado, e você traz aqui recursos valiosos para todos nós. Para o Paulo aqui, muitas reações a suas questões sobre proliferação de diagnósticos, reações que vão no sentido de confirmar pela experiência profissional ou experiência de vida essa realidade, há uma frase que resume bem isso, uma frase de Ariadne Oliveira que diz: “estamos vivendo numa era de pessoas diagnosticadas”. Temos muitas reações nesse sentido, depois a ideia de que é necessário, de fato, retomar a Basaglia. Uma proposta da Tuliola Lima para “pensarmos nas relações entre nós, operadores, familiares, usuários e ressignificar as práticas com Basaglia” Portanto, indo ao encontro da sua proposta, não é, de reler Basaglia à luz destes novos desafios. Há aqui algumas observações sobre as expressões que os profissionais sentem no sentido de aplicar. Em diagnóstico, por exemplo, Milena Silva, que é psicóloga escolar tem percebido por parte de muitas famílias e gestores escolares o quanto querem o diagnóstico para as crianças que por algum motivo não estão acompanhando os demais. Portanto essa pressão para dar o diagnóstico, a ideia também é articulada aqui pela Daniela Miguel: “o diagnóstico perpassa todo o atendimento, os profissionais são obrigados a definir um diagnóstico, desde o acolhimento.” Depois, sua colocação sobre o como a patologização é uma despolitização, Ana Paula Guljor, que está aqui conosco nesta organização: “tentativa permanente singularizar um fenômeno que é coletivo e de fato não entendendo que as relações sociais, no momento atual, estão distópicas, mas isto não é a doença apesar de causar sofrimento” Aqui muitas colocações, é difícil sintetizar, até porque já estamos próximos da hora marcada para o final da sessão. Então, eu passo aqui uma ideia que me parece importante, que os próprios profissionais se sentem marginalizados e pouco reconhecidos dentro das próprias equipes. Depois, temos as perguntas mais diretas que eu vou ler. “Teria alguma estatística dos psicofármacos aqui no Brasil?” Pergunta de Débora Amaral: “Doutor Paulo Amarante fala, por favor, um pouco sobre as contribuições de Fanon para o campo da Saúde Mental”. De Tuliola Lima: “temos tido muitas demandas familiares por internações em comunidades terapêuticas, muitas vezes por via judicial, um desafio para a nossa articulação de redes. Como trabalharmos com familiares e usuários?” E são estas as perguntas mais diretas.

PAULO AMARANTE (LAPS/ENSP/ Fiocruz)

Está bom, Thiago, obrigado! É, são muitas questões, eu vou fazer a seguinte proposta, que na verdade, nós estamos quase encerrando. Temos aí, uma equipe técnica

que trabalha, que tem seu horário...os tradutores, o pessoal da equipe. A Ana Paula vai fazer uma fala de encerramento, eu acho que nós vimos aqui neste seminário. Mais uma vez atualizamos uma agenda de questões, muitas dessas perguntas, comentários, a questão das Comunidades terapêuticas, a questão do Fanon, por exemplo, de outros autores que foram silenciados e apagados, experiências riquíssimas que mostraram que é possível mudar a instrução, é possível mudar a relação sem necessariamente isso significa tratamento ou psiquiátrico, mas tratamento humano, outra forma de relacionar com esses sujeitos. A Crítica que o Fanon faz na psicopatologia do negro, ao próprio modelo psicopatológico, a experiência que ele fez a partir de François e outros autores, outros atores de uma mudança social, nas instituições que transformou as relações, as vidas, nós temos uma série de questões. Ana, hoje é presidente da ABRASME... eu queria dizer que nós temos uma carta de direito dos usuários e deveres, como Boaventura chama atenção, não só direitos e deveres formulados pelos usuários no Brasil, como a ABRASME, que hoje faz parte do Conselho Nacional de Direitos Humanos. Eu, inclusive, era participante deste conselho até pouco tempo... fui substituído, né? Acabou o meu período no Conselho Nacional de Saúde. É a importância disso como Adilson falava, da gente lembrar que não basta estar na academia, denunciar, fazer... a gente tem que entrar nos espaços sociais de disputa. Nós não vamos mudar as coisas porque são áreas de interesse de conflitos, de atores sociais que tem suas defesas, seja de mercado, divisão de mundo, ideológica, etc. Nós temos que entrar nesses espaços para disputar outras possibilidades, outras políticas, outras formulações... Então, a gente tem aí a Frente Nacional Parlamentar...No momento, eu falei hoje que com essa turma que está assistindo o Curso de Direitos Humanos Saúde Mental, fizemos um programa... estamos com um amplo programa de formação de incidência de intervenção política no campo da formulação de políticas de economia solidária, né? Então, atuando numa perspectiva de estar presente na política nacional formulando outras políticas, outras possibilidades... eu acho que eu vou pegar questões, as perguntas as observações... mas sugiro que vocês escrevam e, também, nos mandem mensagens por esse próprio site que fizeram... a gente pode abrir como uma pauta de questões, nós temos agora um novo governo à frente, com uma proposta de reorganizar o movimento social na Saúde Mental, de reorganizar a política, de fazer autocrítica de questões de limitações que nós tivemos de reformular... propostas que eu acho que é fundamental... a gente da ABRASME, que por sinal presidente Ana Paula Guljor, tem um documento chamado teses da ABRASME, foi lançado inclusive, em 2015, quando Robert teve aqui com Olga Runciman, uma das lideranças mundial do

movimento de Ouvidores de Vozes... é para que a gente pudesse atualizar esse documento, com essas questões novas para a gente ter uma base política, na qual a gente se oriente... Muito obrigado, mais uma vez, Thiago, Bob, Fernando e Adilson, a todas as pessoas que participaram, toda a equipe técnica e tradutores, etc. Devolvo a você, Thiago, e me despeço de todo mundo, boa tarde.

THIAGO PIRES MARQUES (Historiador – CES Coimbra)

Muito obrigado, Paulo. Bom, resta-me só agradecer este momento e a honra que foi para mim coordenar esta mesa, com tão ilustres colegas: Robert, Fernando, Adilson... e o foi, de facto, fantástico poder partilhar este momento com vocês e todo público, com todos e todas que contribuíram com as vossas questões. Muito obrigado aos técnicos, intérpretes... sem eles e sem elas não seria possível este evento, certamente. Portanto, um grande obrigado e um abraço aqui desde de Lisboa. E então, passo a palavra a Ana Paula Guljor, que é presidente da ABRASME e diretora do LAPS que vai encerrar esta sessão.

ANA PAULA GULJOR (LAPS/ENSP/ Fiocruz)

Agradeço, Tiago! É uma fala breve, uma fala de agradecimento e saudação. Saudação a todos nós, brasileiros, por conta de um novo ciclo, que nós não podemos deixar de falar, mencionar... nesse momento de fechamento de um seminário que teve ousadia de ser colocado nos dias posteriores ao momento histórico do Brasil, que é o momento em que conseguimos...o povo brasileiro conseguiu, retomar o processo democrático que vai ser afirmado ao longo dos próximos tempos e com certeza com a contribuição do campo da Saúde Mental, de uma forma significativa. Também, dizer do nosso orgulho de termos no LAPS pesquisadores como o Paulo Amarante, como Fernando Freitas que lideram essa agenda de discussão sobre a problematização, questionamento do modelo biomédico, que historicamente não respondeu às questões do sofrimento psíquico e, ao contrário, perpetua no campo... justifica no campo da Saúde Mental a exclusão e o estigma de usuários de usuários da Saúde Mental, sendo assim, eu agradeço muitíssimo aos nossos convidados: Adilson Silva, Andrew Scull, Allen Frances, Claudia Gomes, Laura Martins Lopes Andrade, Manuel Desviat, Marcelo Kimati, Robert Whitaker e Sarah Fay, Tiago Marques... e toda a nossa equipe do LAPS, que esteve

presente todo o tempo desse seminário, que já foi um sucesso. Ontem a gente não viu os números de hoje, mas ontem nós tivemos mais de 3 mil pessoas nos assistindo! Agradecer a e a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, a equipe do VídeoSaúde, sempre parceira dos nossos eventos, aos tradutores de libras, espanhol, inglês e português... assim agradeço a todos vocês, espero que nos encontremos no próximo ano, nesse mesmo seminário, na sétima edição, que vai ser organizado também por esses nossos pesquisadores. Hoje aqui, eu presto uma homenagem ao Paulo Amarante e ao Fernando Freitas. Então, muito obrigada, e está encerrado o seminário, abraço.