

7º Seminário Internacional

A EPIDEMIA DAS DRUGAS PSIQUIÁTRICAS



Estratégias Contemporâneas
de
Desmedicalização

REALIZAÇÃO:



7º Seminário Internacional:
A epidemia das drogas psiquiátricas

Estratégias Contemporâneas de Desmedicalização

Realização

09 e 10 de novembro de 2023

**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)

7º Seminário Internacional [livro eletrônico] :
a epidemia das drogas psiquiátricas /
coordenação Paulo Amarante. -- 1. ed. --
Rio de Janeiro : Ed. dos Autores, 2024.
PDF

Vários autores.
Bibliografia.
ISBN 978-65-00-91794-9

1. Biomedicina 2. Epidemias 3. Psiquiatria
4. Psiquiatria - Brasil 5. Saúde mental
I. Amarante, Paulo.

24-190129

CDD-614.09813

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde pública : Congressos 614.09813

Tábata Alves da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9253

*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 (Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz - LAPS/ENSP/Fiocruz/CEE).

EQUIPE DE ORGANIZAÇÃO:

Ana Paula Guljor, Camila Motta Gomes, Jéssica Silva Marques, João Pedro Freire, Matheus Folly Laura Carneiro, Leticia Paladino, Leandra Brasil da Cruz, Matheus Folly, Paulo Amarante, Waneska Barros.

COMITÊ CIENTÍFICO:

Ana Paula Guljor e Paulo Amarante (LAPS/ENSP/Fiocruz)

MATERIAL PERSONALIZADO:

Cards para mídias sociais: *Jéssica Marques e Laura Carneiro* | 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:

Débora Grion, Jéssica Silva Marques, João Pedro Freire, Laura Carneiro e Leticia Paladino.

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

Ana Paula Guljor, Camila Motta Gomes, Jéssica Silva Marques, João Pedro Freire, Laura Carneiro, Leticia Paladino e Paulo Amarante.

PARTICIPANTES NACIONAIS E INTERNACIONAIS:

Ana Paula Guljor, André Luiz, Camerata Alegretto, Camila Motta, Carlos Fidelis, Céu Cavalcanti, Eduardo Mourão, Eduardo Torre, Jéssica Marques, Lincoln Xavier, Marco Menezes, Marco Nascimento, Matheus Folly, Música na Calçada da Casa Viva/Manguinhos, Paulo Amarante, Pedro Carneiro, Rejane Barcelos, Rogéria Barbosa, e Sidarta Ribeiro (Brasil) | *Robert Whitaker* (Estados Unidos da América)

Sumário

INTRODUÇÃO	5
APRESENTAÇÃO	7
BIOGRAFIA DOS PARTICIPANTES	10
PROGRAMA DO SEMINÁRIO	14
MESA DE ABERTURA	16
Paulo Amarante	16
Ana Paula Guljor	18
Marco Menezes	19
Carlos Fidelis	21
ATIVIDADE CULTURAL	25
Lançamento do Podcast Enloucast	
MESA REDONDA	28
“Renascença psicodélica e indústria farmacêutica”	
Ana Paula Guljor (Coordenação)	28
Sidarta Ribeiro	30
Marco Nascimento	50
ATIVIDADE CULTURAL	53
Camerata Alegretto – Projeto Ação Social Pela Música.	
MESA REDONDA	55
“Visão Global da luta contra a medicalização”	
Paulo Amarante (Coordenação)	55
Robert Whitaker	57
ATIVIDADE CULTURAL	90
Música na Calçada da Casa Viva/Manguinhos	
MESA REDONDA	92
“Experiências contemporâneas de desmedicalização e de alternativas ao modelo biomédico”	
Eduardo Torre (Coordenação)	92
Robert Whitaker	96
MESA REDONDA	118
“A construção de uma agenda de lutas contra a medicalização da vida no Brasil”	

Eduardo Mourão (Coordenação)	118
Pedro Carneiro	118
Céu Cavalcanti	125
André Luiz	134
Rejane Barcelos	144
Rogéria Barbosa	150

Dia 09/11/2023 – *Vídeo*

<https://www.youtube.com/live/P5lxF9BSw2E?si=9ma99XNiIcN2bSPL>

Dia 09/10/2023 – *Vídeo*

<https://www.youtube.com/live/pQTTWadOiWc?si=c4hWG--gdR44S8de>

Dia 10/11/2023 – *Vídeo*

<https://www.youtube.com/live/4HVuFeR1mRs?si=4xXgW4ODpvPN3vku>

Dia 10/11/2023 – *Vídeo*

https://youtu.be/fPmnFYLLBLM?si=3C2XKoQOwe_xZtpA

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). Constituído-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 cinco 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 dos 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 seis 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, está um pesquisador nacional 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 09 e 10 de novembro de 2023 foi realizado o 7º Seminário Internacional “A Epidemia das Drogas Psiquiátricas” com o tema “*Estratégias Contemporâneas de Desmedicalização*”. 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 7ª 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, Carlos Fidelis, Marco Menezes, Marco Nascimento e Mario Moreira. Em seguida, aconteceu o lançamento do Podcast Enloucast, após o lançamento foi dado início a mesa intitulada: “Renascença psicodélica e indústria farmacêutica” com a coordenação da Ana Paula Guljor e o palestrante convidado Sidarta Ribeiro. Na parte da tarde, aconteceu a atividade Cultural – Camerata Alegretto – Projeto Ação Social Pela Música. Em seguida, aconteceu a mesa intitulada “Visão Global da luta contra a medicalização” com coordenação do Paulo Amarante e o palestrante Robert Whitaker.

No início do segundo dia foi realizada a atividade Cultural – Música na Calçada da Casa Viva/Manguinhos. Em seguida, a mesa “Experiências contemporâneas de desmedicalização e de alternativas ao modelo biomédico” com coordenação de Eduardo Torre e o palestrante Robert Whitaker. Na parte da tarde aconteceu a atividade Cultural – Rejane Barcelos “Rainha do Verso”, consecutivo da mesa “A construção de uma agenda de lutas contra a medicalização da vida no Brasil” composta por André Luiz, Céu Cavalcanti, Pedro Carneiro, Rogéria Barbosa com a coordenação do Eduardo Mourão. As palavras finais de encerramento ficaram por conta de Paulo Amarante e Robert Whitaker.

Como todos os anos em que realizamos este Seminário, a participação do público no evento foi bastante expressiva. Havendo sido realizado em formato híbrido, sendo transmitido ao vivo pelo canal do YouTube da VídeoSaúde Distribuidora, e presencialmente no Auditório Térreo da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz) - campus Manguinhos, Rio de Janeiro/RJ a presença do público chegou a marcar um pico de expectadores simultâneos (ao vivo) de cerca de 5.101 pessoas, no primeiro dia, e cerca de 2.280 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 do 6º 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.

BIOGRAFIA DOS PARTICIPANTES

ANA PAULA GULJOR

Médica psiquiatra, mestre e doutora em Saúde Pública ENSP/Fiocruz. Coordenadora do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS/ENSP/Fiocruz). Coordenadora do Programa Institucional sobre políticas de drogas, direitos humanos e saúde mental da Fiocruz. Presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme). Conselheira do Conselho Nacional de Direitos Humanos/CNDH e Conselheira do Conselho Nacional sobre Política de Drogas/CONAD.

ANDRÉ LUIZ

Profissional de Educação Física, Participante do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, e do MONULA – Movimento Nacional de Usuários e Familiares.

CÉU CAVALCANTI

Psicóloga e Pesquisadora; Assessora Técnica Parlamentar na Câmara Municipal do Rio de Janeiro; Conselheira do Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro nas gestões 2019-2022 e 2022-2025. Atual Presidente do CRP RJ;

CARLOS FIDELIS

Historiador, Pesquisador e Professor do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICTS/ICICT/Fiocruz). Atual Presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes).

CAMILA MOTTA

Psicóloga, especialista em Terapia de Casal e Família pelo IPUB/UFRJ, colaboradora do CRP/RJ no eixo de políticas de álcool e outras drogas, pesquisadora auxiliar, bolsista do Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz Antonio Ivo de Carvalho, Laboratório de

Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial e Fundação Oswaldo Cruz (CEE/LAPS/Fiocruz), integrante da equipe editorial do Mad in Brasil.

EDUARDO MOURÃO

Psicólogo, mestre em Ciência Política pela Universidade Federal de Minas Gerais, doutor em Políticas pela London School of Economics and Political Science e pós-doutorado na Anglia Ruskin University, Cambridge, Reino Unido. É professor associado aposentado da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

EDUARDO TORRE

Psicólogo, Especialista em Saúde Mental, Mestre em Saúde Pública e Doutor em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Professor adjunto do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (ISC/UFF). Pesquisador colaborador do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS/ENSP/Fiocruz). Professor do Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) desde 2001.

JÉSSICA MARQUES

Acadêmica do curso de Psicologia, pesquisadora Junior/Estagiária do Grupo de Pesquisa do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS/ENSP/Fiocruz) e do Centro de Estudos Estratégicos da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Orientanda da Ana Paula Guljor e Paulo Duarte de Carvalho Amarante, integrante da equipe editorial do Mad in Brasil.

LINCOLN XAVIER

Pedagogo, trabalhou com diversos projetos na rede de Escolas Municipais do Rio de Janeiro. Hoje é editor de audiovisual no Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz e Produtor técnico do Podcast Enloucast.

MARCO MENEZES

Especialista em Bioquímica (CRBio-02), com especialização em Saúde do Trabalhador e Mestrado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Ex-coordenador do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh), ex-Vice-diretor de Ambulatórios e Laboratórios da ENSP, ex-Vice-presidente de Atenção, Ambiente e Promoção da Saúde da Fiocruz e atual diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP).

MATHEUS MORENO FOLLY

Secretário do LAPS – Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial e produtor técnico do Podcast Enloucast

MARCO NASCIMENTO

Desenhista Industrial pela Esdi/UERJ, doutorando e mestre em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); analista técnico de Políticas Sociais do Ministério da Saúde; Atual Coordenador do Centro de Estudos Estratégicos da Fundação Oswaldo Cruz;

PAULO AMARANTE

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) e do Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz Antonio Ivo de Carvalho (CEE - 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. Curador da comunidade de práticas em Saúde mental e atenção psicossocial do IdeiaSUS.

PEDRO CARNEIRO

Médico e Psicólogo, tem especialização em Psiquiatria (Título de Especialista pela ABP/AMB); Homeopatia (APH) e Psicologia Analítica Junguiana. Mestre em Ciências pela UNIFESP-Escola Paulista de Medicina e Doutor pelo Departamento de Medicina Preventiva da USP e coordenador do Sedes Sapientiae/SP.

REJANE BARCELOS “RAINHA DO VERSO”

Acadêmica do curso de Letras pela UFRJ, atriz com 27 anos de carreira, cenógrafa e aderecista formada pela FAETEC/EAT, performer, escritora, poeta e slammer.

ROBERT WHITAKER

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 online dedicada a repensar os cuidados psiquiátricos).

ROGÉRIA BARBOSA

Artista plástica, capista, escritora e integrante do Atelier Gaia, Participante do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, e do MONULA – Movimento Nacional de Usuários e Familiares.

SIDARTA RIBEIRO

Neurocientista, com experiência em neuroetologia, neurobiologia molecular e neurofisiologia de sistemas, professor da UFRN e integrante da equipe de pesquisadores do CEE-Fiocruz, no projeto integrado de Saúde Mental do Centro.

PROGRAMAÇÃO

DIA 09 DE NOVEMBRO DE 2023 – QUINTA-FEIRA

9:00 – 9:30 | ABERTURA

Participante: Ana Paula Guljor (Psiquiatra – Presidente da Abrasme e Coordenadora do Laps – ENSP/Fiocruz), Carlos Fidelis (Presidente do Cebes), Marco Menezes (Diretor da ENSP), Marco Nascimento (Diretor do CEE/Fiocruz) e Mario Moreira (Presidente da Fiocruz).

09:30 – 10:00 | Atividade Cultural - Lançamento do Podcast Enloucast

Participante: Camila Motta (Psicóloga - CEE/LAPS), Jéssica Marques (Estudante de Psicologia - LAPS), Lincoln Xavier (Produtor Técnico), Matheus Folly (Produtor), Paulo Amarante (Psiquiatra – LAPS/CEE/ENSP/Fiocruz).

10:00 – 12:15 | PALESTRAS DE ABERTURA

“Renascença psicodélica e indústria farmacêutica”

Sidarta Ribeiro (UFRN e CEE/Fiocruz).

Coordenação: Ana Paula Guljor (LAPS/ENSP/Fiocruz)

12:15 – 13:15 | ALMOÇO

13:30 – 14:00 | Atividade Cultural - CAMERATA ALEGRETTO – Projeto Ação Social Pela Música.

14:00 – 16:00 | MESA REDONDA

“Visão Global da luta contra a medicalização”

Robert Whitaker (Mad in the World)

Coordenação: Paulo Amarante (LAPS/ENSP e CEE/Fiocruz)

PROGRAMAÇÃO

DIA 10 DE NOVEMBRO DE 2023 – SEXTA-FEIRA

09:00 – 09:30 | **ATIVIDADE CULTURAL** - *Música na Calçada da Casa Viva/Manguinhos*

09:30 – 12:00 | **MESA REDONDA**

“Experiências contemporâneas de desmedicalização e de alternativas ao modelo biomédico”

Robert Whitaker (Mad in the World)

Coordenação: Eduardo Torre (UFF)

12:15 – 13:15 | **ALMOÇO**

13:30 – 14:00 | **ATIVIDADE CULTURAL** - *Rejane Barcelos “Rainha do Verso”*

(Poeta/Atriz)

14:00 – 17:00 | **MESA REDONDA**

“A construção de uma agenda de lutas contra a medicalização da vida no Brasil”

André Luiz (Militante MNLA)

Céu Cavalcanti (CRP/RJ)

Pedro Carneiro (Sedes Sapientiae/SP)

Rogéria Barbosa (Artista/Militante MNLA)

Coordenação: Eduardo Mourão (UFRJ)

17:00 | **COMENTÁRIOS FINAIS E ENCAMINHAMENTOS**

Paulo Amarante (LAPS/ENSP e CEE/Fiocruz) e Robert Whitaker (Mad in the World)

MESA DE ABERTURA

PAULO AMARANTE

Bom dia a todos!

Estamos com muitas pessoas assistindo on-line, tivemos mais de 1000 inscrições on-line da América Latina, Europa e Estados Unidos, o Bob divulgou bastante, portanto, muitas pessoas estavam esperando pelo seminário. Vou realizar uma pequena abertura e passar a coordenação dessa mesa e atividade de abertura para Ana Paula Guljor, coordenadora do LAPS e também presidenta da Abrasme.

Sou Paulo Amarante, esse é o 7º Seminário Internacional da Epidemia das Drogas Psiquiátricas que está sendo realizado e o quarto em formato presencial, durante a pandemia tivemos que fazê-lo em formato remoto - via zoom, mas não deixamos de fazê-lo. Esse ano o seminário foi realizado com muita dificuldade, pois estávamos na incerteza em que formato que iria acontecer, se seria em formato presencial, virtual ou híbrido, já que este local estava em obras, e não sabíamos se ficaria pronto a tempo, e ficamos nessa divisão, queríamos fazer para manter a visão desse tema, desse debate, que acredito não ter sido o pioneiro, mas certamente foi um dos grandes responsáveis pela introdução do tema da medicação e da patologização no Brasil. Foi um seminário que marcou e entrou na agenda política, ganhando muita repercussão em outros eventos.

Esse seminário é especialmente dedicado a um querido amigo, que fundou com a gente o seminário e foi o fundador do Mad In Brasil que é o correspondente ao Mad in América criado pelo Robert Whitaker, jornalista presente hoje, e no mês passado na Dinamarca foi constituído o Mad in the World, existem vários países já, é um processo muito importante de construção dessas redes, dessa comunidade.

Há alguns anos atrás convidamos o Bob por insistência muito especificamente do Fernando Freitas, virou tão amigo que chamamos de Bob, uma pessoa famosa, jornalista internacionalmente conhecido vindo ao Brasil e o convidamos para o primeiro fórum de direitos humanos e saúde mental da Abrasme, em São Paulo. Na época ele não conseguiu porque não tinha visto para entrar no Brasil, mas no outro ano convidamos para ir a Manaus, ele foi em Manaus no 4º Congresso Brasileiro de Saúde Mental, depois retornou para o Fórum de Direitos Humanos em João Pessoa e passou a ser nosso aliado permanente.

Traduzimos o livro do Bob e publicado aqui pela editora Fiocruz, Anatomia de uma Epidemia, o segundo dos seus livros premiados nos Estados Unidos, tem dois livros premiados como maior produção jornalística e de caráter científico, o Mad In América loucura na América/loucos na América, o Anatomia de uma Epidemia que revela as estratégias da luta farmacêutica para esse assombroso crescimento do uso de medicamentos e aumento de diagnósticos e tudo mais.

Traduzimos esse livro e fizemos um belíssimo lançamento no Fórum de Ciência e Cultura, com o Harmonia Enlouquece, com a Cooperativa da Praia Vermelha, com todo projeto como fazemos sempre, com a economia solidária e as iniciativas da área. Com isso decidimos dar início ao seminário

O Fernando Freitas faleceu esse ano de 2023 no dia 30 de janeiro, deixando como legado essa insistência em criar o seminário, em repeti-los todo ano, ele sempre fazia os contatos e se envolvia muito, era muito querido na comunidade internacional. Vimos isso na Dinamarca, o quanto ele era querido e respeitado por esse trabalho que pegou com garra, tanto o site em Brasil, quanto o seminário, gostaria de fazer esse registro e não vou falar mais

Conheci o Fernando em 1982, foi meu aluno da primeira turma de especialização do curso de saúde mental que está encerrando. Hoje já está aqui no 41º ano desse curso, é o segundo curso mais antigo em exercício na Fiocruz e Fernando foi aluno da primeira turma e foi uma pessoa fundamental no LAPS, mas perdemos esse ano quase na mesma época o outro colega querido que é o Carlos Trindade, que era uma pessoa que trabalhava no Farmanguinhos e passou assistir seminário desde o 1º, desde então todo ano ele participava, o sonho dele era ser transferido para o LAPS, o no nosso laboratório e graças ao apoio do Marco nosso diretor e outras pessoas ele conseguiu ir para o LAPS, além de ser um querido amigo era um músico que fazia parte do coral da Fiocruz e uma pessoa muito afetiva e para gente foi um back, pois perdemos dois pesquisadores na mesma época.

Bom, eu queria convidar Ana Paula Guljor, nossa coordenadora do LAPS presidente da Abrasme e para convidar outros participantes, o restante desse hiato de abertura ligado à Ana Paula está com você na coordenação da mesa.

ANA PAULA GULJOR

É um prazer mais um ano estar aqui, e recebermos todos, todas e todes para o nosso 7º Seminário Internacional Epidemia de Drogas Psiquiátricas vou propor como dinâmica compor a mesa e na sequência começamos as falas de boas-vindas.

Convido para compor a mesa o professor Dr. Marcos de Menezes, diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP, o Dr. Carlos Fidelis Presidente do Cebes. Gostaria inicialmente de agradecer por essa parceria de tantos anos, a experiência do professor Paulo Amarante na condução das discussões da reforma psiquiátrica brasileira dizendo o quanto para nós no LAPS - Laboratório de Estudos Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP da Fiocruz, quanto é o tema da desmedicalização e patologização da vida é uma discussão e uma temática prioritária nos nossos processos de pesquisa, de formação, de intervenção no campo da reforma psiquiátrica brasileira e já estamos no 7º Seminário, ou seja, é uma atividade que foi ao longo dos anos adquirindo uma representação, uma significância não apenas nacional mas internacional, a parceria como professor Paulo já falou com o Robert Whitaker, também como o Mad in World/America e o quanto essa parceria se torna frutífera e nos leva a capilarizar enquanto escola de saúde pública, enquanto laboratório de pesquisa, enquanto pesquisadores essa discussão na Europa, nos Estados Unidos e em diversos países do mundo.

Esse ano a gente homenageia Fernando Freitas esse pesquisador aguerrido que com a sua forma singular de defender as suas ideias, é um dos responsáveis mais marcantes para que tenhamos conseguido consolidar o Seminários Internacional Epidemia das Drogas Psiquiátricas nas suas diversas versões. Então, deixando aqui o nosso eterno e profundo agradecimento ao Fernando Freitas, sabendo que de algum lugar ele está conosco, vendo que estamos conseguindo levar adiante essa luta que foi segurada por ele por tanto tempo.

Não vou me alongar, mas eu não posso deixar de fazer o agradecimento às pessoas que foram fundamentais para um seminário desse porte, com essa representatividade que não é construída por uma única pessoa ou por um único laboratório, dizer que a coordenação do seminário do professor Paulo Amarante juntamente com a equipe do LAPS, e colocamos aqui fortemente o nosso agradecimento e reconhecimento pelo empenho dessa equipe, na garantia de todos esses anos de realização do seminário, nominalmente a agradecer a Leandra Brasil, Letícia Paladino, Débora Grion, Laura

Carneiro, Camila Motta, Matheus Folly, João Pedro Freire, Jéssica Marques e Waneska Barros, além de agradecer também a equipe do CEE Centro de Estudos Estratégicos Thais Frotté, Lincoln Xavier e obviamente Marcos Nascimento, esse seminário é uma realização da Fiocruz com a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca ENSP, LAPS Laboratório de Estudos e Pesquisas Saúde Mental e Atenção Psicossocial e o Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz com o apoio do Cebes aqui presente com o professor Carlos Fidélis, da Abrasme aqui presente com nós presidente de honra e presidente atual e ao Conselho Federal de Psicologia. Agradecimento a toda equipe do VídeoSaúde que tem sido nossa parceira ao longo desses anos,

Lembrar a vocês que nós temos presencialmente as iniciativas de economia solidária Mãos de Talento de Manguinhos e da equipe de geração e renda, iniciativa do Nise da Silveira, além da venda de livros.

Agradecer a equipe de apoio da ENSP no nome da Renata Collazos, agradecer ao CCI comunicação da ENSP no nome da Virginia Damas que sempre está fazendo esses nossos registros, aos tradutores de libras, tradutores de inglês - espanhol e saudar aos nossos palestrantes Sidarta Ribeiro, Robert Whitaker, Eduardo Torre, Eduardo Vasconcelos, Pedro Carneiro, Rogério Barbosa, Céu Cavalcante, André Luiz que vão estar no dia de hoje e de amanhã contribuindo com esse debate.

Na sequência passo a palavra para o professor Marcos Menezes e posteriormente Carlos Fidélis.

MARCO MENEZES

Bom dia todas e todxs e todos!

Vou fazer uma autodescrição, eu sou um homem branco, cabelo preto liso, estou vestindo uma blusa verde quadriculada com um blazer cinza, é muito bom estar aqui com todas todxs e todos. O Paulo Amarante e a Ana Paula já colocaram a importância desse seminário, e queria só reforçar e prestar de início a homenagem ao nosso querido Fernando e o Carlos Trindade, cumprimentar a mesa, a Ana Paula, o Fidélis, Paulo Amarante e todos nossos convidados externos.

O 7º Seminário acontece em um momento muito importante da contribuição para as políticas públicas do nosso país, é o momento que estamos falando do plano Nacional de Saúde e estamos falando do processo de eleição que vai acontecer agora nos

municípios. Nesse contexto, no processo de 7 Seminários realizados, tem uma característica muito importante de mobilizar toda sociedade para esse debate, o seminário tem esse objetivo de ampliar esse debate com a sociedade, com os movimentos sociais.

Acabamos de sair da 17ª Conferência Nacional de Saúde, foi a maior conferência realizada em termos de participação, de ampliação da sociedade civil organizada, da inclusão, da diversidade. Nesse sentido alguns debates e discussões referente ao tema do seminário, que foram realizados na conferência e certamente é muito importante acontecer esse seminário no momento que antecede a 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental, e nesse contexto esse seminário acontecer agora tem muito impacto para dentro das políticas públicas, dentro da sociedade.

Gostaria de deixar o meu agradecimento aos nossos convidados internos, externos, toda nossa equipe de trabalho, mas para ser rápido gostaria de registrar a presença do Francisco Neto que é do nosso programa Político Institucional de Drogas Direitos Humanos e Saúde Mental, o nome do programa já dá ideia do que estamos falando da medicalização da vida, e é um dos termos importante desse seminário, nessa perspectiva do Direitos Humanos.

E só para fechar tem dois pontos que na conferência que acompanhamos em Brasília e eu acredito que o seminário vai trazer dados e números, trazendo as evidências científicas para esse debate, que passa pelo processo fundamental, e é o papel da nossa escola em várias áreas mais fundamentalmente na formação dos profissionais;

Esse é um tema que está colocado na 17ª e podendo discutir bastante nesses dois dias do Seminário, sobre as diretrizes que foram colocados na 17ª para esse campo específico da formação dos profissionais, com esse olhar da humanização e do acolhimento isso é fundamental para incidir agora no plano Nacional de Saúde e outras ações, e de certa forma um ponto que estamos vivendo ampliando a participação social.

Estamos com uma política e uma proposta de ampliação da participação do controle social em várias ações institucionais, o Ministério da Saúde lançou uma campanha nacional de saúde que liberou na 17ª por ampliar a participação do controle social nos territórios e unidade, é um tema super importante para capilarizar esse debate para dentro da sociedade e precisamos muito. Vimos o que passamos recentemente no país, ampliar o debate na sociedade quando a gente fala que a medicalização da vida é esse impacto que tem para o dia a dia de cada um de nós, é muito importante frisar isso.

Finalizando é muito bom estar aqui com o CEE, Cebes, a Abrasme, CAPES apoiando e essa ação estratégica para nossa escola ao qual o LAPS faz parte e constitui o

corpo técnico de pesquisadores da nossa escola, é muito bom estar aqui com vocês todas e todos e todes, e vamos em frente obrigado gente parabéns e bom trabalho para todos nós.

ANA PAULA GULJOR

Muito obrigado professor Marcos!

Antes de passar a palavra Professor Carlos Fidélis, gostaria de dizer o quanto essa escola ela reúne iniciativas no campo democrático, o quanto essa ideia que você traz quando coloca a questão da Conferência Nacional de Saúde Mental, da Conferência de Saúde, a participação ativa de pesquisadores de professores dessa escola na Conferência Nacional de Saúde e com um evento riquíssimo que foi o discussão das periferias, recentemente nós realizamos como LAPS, Abrasme e Cebes a conferência livre para a conferência de Nacional de Saúde Mental que reunimos em torno de 300 pessoas e foi uma organização do LAPS, Abrasme e o Cebes, onde vamos levar quatro delegados aqui da região dos territórios periféricos com as suas propostas, é importante enfatizar o quanto essa escola ela produz Ciência, mas ela produz participação social e pensamento crítico.

Professor Carlos Fidélis a palavra é sua, muito obrigado pela presença.

CARLOS FIDELIS

É um prazer estar aqui Ana, Paulo, Marco Menezes, estou feliz em participar dessa abertura, desse encontro onde nós temos feito uma parceria com a Abrasme, com o Paulo Amarante que foi presidente do Cebes, Marco Menezes a ENSP é parceira como toda Fiocruz e eu também estou aqui afetivamente impactado e vocês vão saber porque.

Gostaria de começar a lembrar uma coisa que é o nosso conceito de saúde, aquele que afirma que a saúde não é só ausência de doença, mas sim a ausência do medo do abandono, do medo da opressão, da violência física ou emocional, do medo do desemprego, do presente, do futuro e agora o medo do retorno de um passado opressor.

Todos aqui que defendem esses conceitos estão lutando em todo país e eu tenho percorrido esse país, até porque sou do Conselho Nacional de Saúde e tenho visto a luta que se trava em cada estado, em cada região, em cada município, todos esses lutando pelo direito ou uma vida saudável e feliz, pelo direito a envelhecer. Nós aqui no Rio de Janeiro as populações, das comunidades negros principalmente, os jovens não envelhecem,

LGBTQIA+ não envelhecem, mas também muitos não envelhecem. Pelo direito a uma vida de envelhecer e ter um custo de vida com dignidade, pelo direito de realizar sua potência toda sua potência criativa.

Eu queria lembrar que nosso campo é hoje uma trincheira de luta das mais importantes para defesa da civilização, estamos organizados e nesse conceito de saúde ampliada da determinação social isso é uma trincheira das mais importantes para defesa da civilização ante a barbárie do mercado. Uma trincheira da defesa de uma cidadania de fato, uma trincheira de defesa da radicalização da democracia, uma luta contra a mercantilização da saúde e dos corpos. Uma luta contra a transformação de todos nós em fornecedores de Commodities, como é a PEC do Plasma que quer transformar o sangue do brasileiro em Commodities a ser exportada e utilizada lá fora.

Uma luta contra o mercado, que os grandes laboratórios querem fazer de nossos corpos, nós todos como consumidores e alvo de experiências de um negócio bastante lucrativo. Aqueles que buscam transformar o sofrimento cotidiano em uma patologia que é dependente da medicalização. Nós estamos nessa luta, é uma trincheira importantíssima, estamos nos organizando e aqui eu faço um convite a todos vocês o Cebes vai realizar no dia 01 e 02 o Primeiro Encontro Nacional em João Pessoa e nós resolvemos realizar esse encontro não discutindo a saúde nos seus meandros, mas a saúde no seu sentido mais largo e estamos fazendo isso junto com os movimentos sociais.

Nossas mesas estão montadas com MST, com Movimento Negro, com O Grito dos Excluídos, com LGBTQIA+, tratando de questões como a violência o crime organizado entrando nos territórios entrando nos Estados se transformando em governo. Todos esses serão aspectos abordados, como é que a gente combate a Fake News, se esse existe fragmentação nos ditos movimentos identitários em relação à luta de classe, todos esses aspectos serão alvos de uma discussão que pretendemos tirar uma carta da Paraíba, que permita a nossa incidência mais organizada no processo das eleições municipais de 2024.

Dito isso eu queria falar da minha emoção ao lembrar a presença fundadora e seminal de Fernando Freitas, um militante incansável e generoso dessa luta e de muitas outras, a quem eu rendo homenagem junto muitos que no Brasil e no exterior ressaltaram a amabilidade e a determinação de Fernando. Nessa homenagem eu quero lembrar o artigo do Bob, Fernando Freitas um amigo querido que foi um guerreiro da mudança radical. Fernando tinha uma determinação que não buscava, os holofotes da fama, mas sim um avanço de uma luta que ele foi um dedicado combatente e continua a nos inspirar. Eu faço

isso com muita emoção, por ter a sorte conviver com a Natália, filha de Fernando, e com a Dália Romero, mãe de Natália e companheira de Fernando na alegria e nas horas mais difíceis.

ANA PAULA GULJOR

Agradecendo a presença de todos da mesa nós vamos agora desfazer a mesa, obrigada!

Dando sequência às nossas atividades faremos agora o lançamento do podcast Enloucast, uma realização do LAPS e do Centro de Estudos Estratégicos -CEE, eu gostaria de chamar aqui os apresentadores Camila Motta, Jéssica Marques, Lincoln Xavier, Matheus Folly e convidar de volta para o professor Paulo Amarante.

MARCO MENEZES

Gente, só para registrar que eu esqueci de falar no começo, o nosso presidente Mário Moreira mandou para toda direção do Seminário, todos e todes que estão participando uma mensagem de saudação, ele está numa outra atividade externa, mas todo apoio a realização do seminário e as deliberações e os encaminhamentos que a gente aprova aqui, então uma saudação do nosso presidente Mário Moreira.



ATIVIDADE CULTURAL

CAMILA MOTTA

Bom dia!

Meu nome é Camila Motta eu sou uma das criadoras e entrevistadoras do podcast junto com a Jéssica Marques, o Paulo Amarante, o Lincoln Xavier trabalhamos juntos, MatheusFolly que está ajudando para projetar nossa imagem. Lançamos o podcast no Spotify e prontamente vai estar no YouTube também apenas o áudio e a ideia, quando pensamos na criação desse podcast era utilizar melhor as mídias sociais.

Hoje sabemos que podcast é talvez um dos principais meios de comunicação, eu pelo menos escuto diariamente vários, a ideia era alcançar mais pessoas não só do campo da saúde mental, mas também pessoas que não são do campo, mas que tem algum tipo de interesse e falar de uma forma um pouco mais sucinta, mais aberta, enfim, sobre a saúde mental, mas também sobre a desmedicalização que é a nossa coluna vertebral e o que se observa nas mídias sociais hoje em dia é que quando fala sobre saúde mental, se fala ou de transtornos ou de um tratamento mais medicamentoso.

Queríamos conversar sobre saúde mental de uma outra maneira, mostrando que saúde mental é muito mais do que isso, muito mais amplo, rico e complexo do que apenas essa conversa um pouco reducionista. A ideia é essa, é um podcast de entrevistas, nosso primeiro convidado foi o Paulo Amarante, as pessoas estão elogiando então acho que a gente deu certo. A ideia é entrevistar algumas pessoas do campo, pesquisadores, pessoas que estão estudando o tema, e que estão trazendo outros olhares sobre a saúde mental, mas também pessoas que passaram pela experiência de sofrimento psíquico de alguma forma. Eu não vou revelar por que a gente vai fazer um mistério, mas a gente já trouxe algumas pessoas, usuários do sistema de Saúde, sobreviventes e também pesquisadores da área. Jéssica...

JÉSSICA MARQUES

O nosso Instagram é o podcast_Enloucast, quem tiver também possibilidade e acesso dá para escutar através do Spotify, vamos subir também para o canal do YouTube

do Mad In Brasil. A arte é da Rogéria Barbosa e o áudio inicial da nossa chamada é do Hamilton porque nós temos essa visão de dar oportunidade, voz e visibilidade aos usuários. Porque não adianta só falar sobre a medicalização, sobre a patologização e não dar essa oportunidade para que possam mostrar o trabalho e algo além. Indicamos que acompanhem as redes sociais, escutem o Podcast, estamos aceitando feedback porque nós somos pesquisadores, não somos da comunicação, mas além disso nós estamos aprendendo diariamente com o CEE que está nos ajudando muito, abraçou a nossa equipe do LAPS e do Mad In Brasil.

Agradecemos ao apoio do LAPS, a Ana Paula Guljor, Paulo Amarante, Leticia Paladino, Leandra Brasil pelo apoio e suporte. Lincoln..

LINCOLN XAVIER

Sou Lincon Xavier, vou falar um pouquinho sobre parte técnica. Sou da comunicação social do Centro de Estratégicos Antônio Ivo de Carvalho, que funciona no prédio da expansão, agora Campus Maré e estou participando com essa equipe na produção técnica, faço a captação do áudio, monto o estúdio, que por enquanto é um estúdio volante, eu sou do CEE, e estamos apoiando o podcast enloucast, na verdade temos um podcast do CEE que é CEEPODCAST, vocês também podem procurar e seguir. Contamos com entrevista de pesquisadores falando do cenário mundial e nacional sobre a saúde de um modo geral, muitas entrevistas interessantes.

O Enloucast veio como um desafio para gente também estar produzindo mais um podcast, um podcast mais de mesa (somente áudio), e que pessoalmente para agitar isso tudo tem sido desafio, muitas pesquisas, muita coisinha acontecendo, algumas falhas que a gente falha, eu não sou engenheiro de som, mas a gente tem dado conta, vocês vão ver que a qualidade modesta parte está muito legal desse primeiro episódio.

Lembrando que o Enloucast é quinzenal, foi lançado ontem, então daqui a 14 dias teoricamente teremos o próximo episódio, agradeço todos vocês e espero que vocês gostem do trabalho da gente.

PAULO AMARANTE

Depois eu quero que o Matheus venha para cá para a gente tirar foto com o Matheus na mesa. O Enloucast é uma cooperação da equipe do Mad In Brasil, o LAPS e o CEE, e a ideia é estimular que as pessoas participem, surgiram entrevistas, temas, da

mesma forma que o Mad, precisamos muito estimular que as pessoas mandem artigos, mandem contribuições, divulguem coisas no Mad, ou seja, que Enloucast vocês também.

Foi reproduzido um vídeo com fotos do processo de trabalho ao som de Hamilton Assunção.

JÉSSICA MARQUES

Obrigada! Nos sigam nas redes e ouçam o Podcast.



MESA DE ABERTURA

“Renascença psicodélica e indústria farmacêutica”

ANA PAULA GULJOR

Obrigada a equipe do podcast, vou dizer que é incrível trabalhar com essa galera, tá?! Um dia nunca é igual ao outro, muito bom mesmo. Parabéns gente, muito orgulhosa desse grupo.

Dando continuidade à nossa atividade no período da manhã, primeiro dizendo que com esses probleminhas que nós tivemos e dado o adiantado da hora sabemos das questões dos deslocamentos na hora do almoço eu vou propor já que nós estamos com 50 minutos de atraso e a mesa seria de 10:00 a 12:00, vou propor um teto de 12:30 é um intermédio e não vamos perder tanto tempo só tiramos uns 20 minutos e pouquinho de uma mesa que tem uma significância nesse momento particular.

Temos a honra de receber o professor Dr. Sidarta Ribeiro parceiro, companheiro do campo da reforma psiquiátrica, antimanicomial, que trabalha nesse caminho das neurociências e contribui significativamente para nós, e está agora como professor convidado do Centro de Estudos Estratégicos - CEE, mas essa trajetória do professor Sidarta que também é professor titular de neurociência do Instituto do cérebro da UFRN, que é formado em ciências biológicas pela Universidade de Brasília, mestre biofísica pela UFRJ, Dr. em comportamento animal da Universidade Rockefeller, pós doutor em Neurofisiologia pela Universidade de Duke e escritor de diversos livros, Sidarta nos brinda regularmente com livros profundos que nos trazem a reflexão como “Oráculo da noite”, “Sonho manifesto”, “Limiar” e muitos outros.

Vou convidar o professor Sidarta Ribeiro para compor a mesa conosco “*Renascença psicodélica e indústria farmacêutica*”. Antes de passar a palavra ao professor Sidarta eu gostaria de destacar essa temática, ela diz muito dessa discussão sobre a desmedicalização e práticas de cuidado, práticas de atenção no campo não apenas no campo da saúde mental. Dizer que esse momento é o ímpar, que é o momento de reconstrução de um processo democrático, mas também um momento onde vivemos ainda a reverberação de um pensamento retrógrado, negacionista, conservador. Tivemos ontem uma notícia bastante cara, negativamente para nós em relação ao cultivo que da

Fundação Oswaldo Cruz e também temos a participação empossados recentemente no Conselho Nacional de Política sobre Drogas, onde eu ocupo uma cadeira como Conselheira Titular pela sociedade Civil através da Associação Brasileira de Saúde Mental.

Essa discussão com os movimentos sociais nessas instâncias importantes de construção e monitoramento de políticas nos fazem nos debruçar sobre a discussão dos psicodélicos, sobre as drogas que vêm sendo pesquisadas, sobre as substâncias que vêm sendo pesquisadas, no sentido de compor as práticas de cuidado efetivas. Mas que os pesquisadores são restringidos, eles são impedidos muitas vezes, se pensamos no Brasil de norte a sul ainda precisamos muito avançar.

Essas restrições das pesquisas, do desenvolvimento, do uso das substâncias precisamos abarcar enquanto uma luta de todos nós, não apenas no campo da saúde mental. Com essa percepção eu falo da importância da discussão que nós vamos poder ouvir agora com o professor Sidarta Ribeiro, *“Renascença psicodélica e indústria farmacêutica”*.

Obrigada Sidarta!

SIDARTA RIBEIRO

Obrigado, Ana Paula!

É um super prazer estar aqui com vocês todas e todos. A última vez que eu estive nesse auditório foi há 4 anos atrás quando conheci o Bob através do Paulo, a convite do Paulo, e era um encontro 4 ou 5 dias depois da posse do Bolsonaro. Foi a primeira coisa que eu fiz fora da toca depois da posse e eu me lembro do medo físico da gente se encontrar e dizer que não iríamos concordar com nada que eles iriam fazer nos 4 anos seguintes, me lembro que eu senti esse medo e para lidar com esse medo, resolvi botar o Marx na palestra. Eu falei: “a gente tem que se livrar logo desse medo, né? ” Sabe um medo que eu tinha? Que eles iam botar um cabo, um soldado em cada sala de aula, olha a doideira, paranoia.

E agora a gente tem a Argentina, nossos irmãos e irmãs argentinos à beira do abismo e não dá nem para saber se o Javier Milei é pior ou melhor que o Bolsonaro, é uma besta de tipo diferente... Acho que não dura um ano: do jeito que os argentinos são, ele vai entrar e vai sair. Agora, eles vão pagar um preço muito alto, que a gente pagou, e agora estamos tentando fazer uma reconstrução. O país foi devastado, a saúde foi devastada, a educação foi devastada, a ciência foi devastada, a cultura foi devastada, a ética e a moralidade foram devastadas, e a gente está tentando se levantar. Os Estados Unidos também estão à beira do abismo porque, embora o Donald Trump esteja mais do que indiciado e processado por todo tipo de corrupção, ele ainda é elegível.

Nesse sentido, estamos um pouco melhor, mas não dá para ficar muito feliz com o estado de coisas do Brasil hoje, e essa discussão sobre psicodélicos, é excelente que possamos fazer essa discussão aqui dentro da Fiocruz nesse momento em que esse governo está indo para o primeiro ano e a gente ainda precisa ter uma visão mais clara de que tipo de passo à frente a gente vai conseguir dar. Porque temos 3 anos e 2 meses para um encontro marcado com o fascismo. O fascismo está aí, o Bolsonaro pode estar inelegível, mas o fascismo está aí, e a minha opinião é que temos 3 anos e 2 meses para acelerar o máximo que pudermos em todas as dimensões. Se fizermos a contemporização agora, a gente vai “rodar”.

A questão dos psicodélicos se insere nessa aceleração, assim como da maconha, a propósito. Agora, no caso da maconha, por um lado existe um pânico moral enorme, são décadas de mentira, mas ao mesmo tempo existe o que eu chamei agora, recentemente nesse livro Flores do Bem, que lancei essa semana, de ippon terapêutico da maconha. O

ippon é aquele golpe final nas artes marciais orientais, um golpe que termina a luta. A demonstração do uso da maconha para a epilepsia é um ippon: acabou a discussão sobre a existência do uso terapêutico da maconha. Essa discussão foi perdida pelo campo conservador, a maconha foi legalizada em quase todo o território dos Estados Unidos, no Canadá, em boa parte da Europa, Israel, Colômbia, Argentina, Chile, todo mundo à frente do Brasil, mas o Brasil avança também. Aliás a Fiocruz já tem uma ação nesse mercado, já participa disso através de um convênio com a empresa privada, e existem outras discussões sobre o que pode acontecer. A Fiocruz é gigante, existe espaço na minha opinião para a fitoterapia canábica, cultivo pela própria Fiocruz, a produção de um óleo de boa qualidade, aliás, de vários tipos de óleo, isso é importante.

Agora, e os psicodélicos? Em primeiro lugar, se a gente vai falar dos psicodélicos, estamos falando de psicodélicos clássicos, que são aqueles semelhantes à serotonina, um neurotransmissor que todos temos. Estamos falando do DMT, do LSD, da mescalina, do 5 Metoxi-DMT e várias outras substâncias, naturais ou sintéticas, e tem os psicodélicos não convencionais, que são vários tipos, são muitas famílias na verdade.

Essas substâncias, falamos em Renascença Psicodélica, mas a rigor, estamos falando do seu 3º momento com a espécie humana, e quem fez a descoberta dessas substâncias foram os povos originários, os povos indígenas, seja ayahuasca, a mistura de DMT com harmina e harmalina, que está documentada há pelo menos 1000 anos na América do Sul, na Amazônia, seja o peiote, que está documentado há mais de 5000 anos no norte do México, no Sul dos Estados Unidos, seja o *Psilocybe cubensis*, o cogumelo mágico dos mazatecas ou muitas outras terapêuticas nas Américas de povos originários e também na África, como a Iboga do Gabão, e também na Ásia e na Europa havia substâncias psicoativas. O mistério de Elêusis, na Grécia antiga, muita gente acha que tem a ver com a ergotamina que é um precursor do LSD. Estamos falando aqui de uma terapêutica ancestral milenar, uma terapêutica que hoje tem o carimbo da ciência biomédica, passou pela porta da frente da medicina duas vezes, a primeira nos anos 1950 e 1960, quando o meio acadêmico universitário biomédico descobriu essas substâncias, levou as substâncias para os laboratórios do Norte Global e começou a aplicar essas substâncias para lidar com ansiedade, depressão, trauma, uso problemático de substâncias, com resultados muito positivos e muita pesquisa boa foi feita nos anos 1950, 1960 e 1970 inclusive.

Mas a guerra das drogas rediviva, não a guerra às drogas dos anos 1930, do ato que banuiu a maconha, mas a guerra das drogas da convenção de 1961, do final dos anos

1960, do conflito do Nixon que jogou junto da maconha, como substâncias sem utilização terapêutica e muito perigosas, o LSD, a mescalina, o DMT e depois o MDMA, que é uma substância psicodélica diferente, um empatógeno muito importante para lidar com o trauma e que também foi proibido. Então a gente está vivendo na verdade a terceira onda, é a Segunda Renascença, a primeira Renascença foi no meio do século XX e a segunda Renascença é no início do século XXI, e dessa vez não parece que a guerra às drogas vai conseguir colocar esse gênio de volta dentro da lâmpada, o gênio saiu da lâmpada, e está mais do que evidente que as terapêuticas utilizando psicodélicos são de fato muito poderosas, e são poderosas por razões que já começam a ser desvendadas nos últimos 6 anos: em torno de 10 artigos foram publicados mostrando que essas substâncias aceleram enormemente processos que chamamos de plasticidade neural, aumentam a produção de novos neurônios e novas conexões entre neurônios.

Quando a pessoa fala que toma Ayahuasca por exemplo e diz: “ah, foi como se eu tivesse feito 10 anos de terapia”, ela não está brincando, ela está falando de uma coisa concreta, ela passou por uma reforma cerebral, e, portanto, uma reforma psicológica, mental e afetiva. Só que a gente tem que tomar muito cuidado com isso, e por quê? Em primeiro lugar, pela apropriação, porque essas substâncias estão sendo apropriadas como produtos naturais, são apropriadas de povos originários e já tem empresa canadense tentando patentear Ayahuasca, então esse é o primeiro problema.

O segundo problema é cair na esparrela, cair no engodo, na armadilha de que a gente está tirando substâncias que não são muito boas, os antidepressivos convencionais, e trocando por substâncias ótimas que são os psicodélicos. Isso é um erro que se presta ao que o mercado está tentando fazer com os psicodélicos, que é, já que eles escaparam da proibição, vamos agora encarar os psicodélicos como uma commodity, alguma coisa que seja muito bem controlada pelas farmacêuticas. Tem gente pagando \$7.000 dólares nos Estados Unidos para fazer uma terapia com Quetamina. Isso é uma loucura completa e é evidentemente uma coisa que não vai ao encontro do interesse da população. O que eu acho que podem ser princípios norteadores, inclusive para a ação do Brasil nesse sentido, para a ação da Fiocruz nesse contexto, pensando de uma maneira mais ampla no ministério da Saúde, já que esse ministério da Nísia tem o coração, a muxima dele pulsando aqui na Fiocruz.

Em primeiro lugar, por que não tem nada dessas práticas integrativas no SUS? Por que no SUS tem Reiki e não tem Ayahuasca? Qual é a lógica? Não tem lógica. Agora, se for para colocar no SUS, tem que dialogar com os *Huni Kuin*, os *Yawanawa*, com os

Ashaninka, com os *Tukano*, os *Baniwa*, com os povos ayahuasqueiros da Amazônia, são eles que detêm a propriedade intelectual da Ayahuasca. E se o Brasil for compreender isso como governo não precisa mudar lei nenhuma, é uma questão que está regida pelo tratado de Nagoya, é reciprocidade, repartição de benefícios, tem convenção, o Brasil é signatário, Estados Unidos e China não são, mas o Brasil é.

Se esse governo tiver clareza, ele pode trazer tudo isso como prática integrativa para o SUS: rapé, kambô, só que tem que ser um diálogo de igual para igual, não dá para.... Vejam, gente, na terapia psicodélica não é a substância que faz a mágica, é a terapia que faz a mágica. Ou seja, não estamos falando de tomar um remédio, estamos falando de fazer uma terapia que é assistida por um remédio, é bem diferente, é o PAT *psychedelic-assisted therapy*, é a terapia assistida por psicodélicos. Mas isso é o que os xamãs e pajés já fazem, os experts mundiais em setting são eles, são elas, os pajés e as majés, porque agora existem as mulheres pajés, as mulheres xamãs. No fundo a gente tem que se alinhar com quem entende, com quem tem autoridade moral e quem tem o conhecimento profundo ancestral sobre como utilizar isso para fazer e produzir bem-estar. Isso exige que a gente desconstrua uma série de premissas que hoje guiam a psiquiatria. A psiquiatria tem que dar alguns passos atrás para poder avançar, ela foi muito longe na direção errada. Recentemente, já como pesquisador do CEE-Fiocruz, a gente conseguiu publicar um artigo na *Nature Mental Health* com a antropóloga Bia Labate e tendo à frente a doutora *Adana Omágua-Kambeba*, talvez a primeira indígena a ser formada médica com nome indígena reconhecido pelo CFM, e a Adana não foi a primeira à toa, por que ela de fato tem precedência. E tem o segundo artigo que eu estou escrevendo com o Paulo Amarante com a Ana Paula Pimentel e com o Valter da Rocha Fernandes que está quase aceito e vamos ter uma segunda palavra sobre esses assuntos.

E nesse primeiro artigo deixamos muito claro que do jeito que o diálogo é feito hoje, ou do jeito que existe a falta de diálogo hoje, entre a psiquiatria e as terapêuticas de povos originários, isso não vai convergir nunca, porque não tem nenhuma humildade do ponto de vista da psiquiatria de compreender como ela está em maus lençóis, eu digo nenhuma não, alguma existe, né? O Bob Whitaker está aqui, por exemplo. Agora, me chama atenção que pessoas que estão completamente dentro do establishment da psiquiatria mundial, das indústrias farmacêuticas, como o Thomas Insel, que foi diretor do organismo governamental de saúde mental dos Estados Unidos por 14 anos, ele está indo nas conferências da *Psychedelic Science*, de ciência psicodélica, ele foi em 2017 e foi de novo esse ano (2023) em Denver, eu estava nas duas e encontrei ele lá, a fala dele

está no Youtube (https://www.youtube.com/watch?v=_oZ_v3QFQDE), você pode ir lá e assistir ele falando que o problema da psiquiatria é o descolamento entre o que os pacientes e os médicos acham. Os médicos acham que estão cada vez melhores, que sabem cada vez mais, que conhecemos mais mecanismos, que há mais remédios, de segunda, terceira e quarta gerações. Os médicos acham que estão fazendo um ótimo trabalho, isso vindo da boca do *Thomas Insel*. E os pacientes estão em depressão e indo para o suicídio.

É um descolamento completo que mostra como tudo isso fracassou, como a política de hipermedicalização deu com os burros n'água, encheu os cofres das farmacêuticas de dinheiro e deve enchê-los de processos, porque o que aconteceu nos anos 1970, 1980 com processos contra a indústria do tabaco deve acontecer com a indústria farmacêutica que vendeu inibidores de recaptção de todo tipo de neurotransmissor como se fosse panaceia. Não sei como é ainda nos Estados Unidos, mas no Brasil praticamente toda especialidade médica receita antidepressivos. Ortopedista receita antidepressivo. E olha que interessante, o que a gente pode aprender com os psicodélicos que se aplica a essa crise que a gente está vivendo? Os psicólogos são muito sensíveis ao setting, ao contexto, o que isso quer dizer? Quer dizer que você não tem como entender o efeito da substância no corpo que recebe a substância, sem considerar esse terceiro elemento que é o que está em torno desse uso. Sendo bem concreto: para tomar 100 µg de LSD puro do bom, do único isômero que funciona, e você for para um para a praia de Lopes Mendes na Ilha Grande, um lugar paradisíaco, com seus amigos, num dia de sol sem ressaca, a chance de você ter uma experiência sublime é enorme. Com 200 µg vai encontrar com deuses e vai voltar para contar a experiência, a não ser que tenha uma genética que propicie a psicose. Se tomar os mesmos 100 µg e for para uma penitenciária brasileira você vai para o inferno. Você iria sem o LSD mas com LSD isso vai ser amplificado, então o setting muda completamente o desfecho. Isso também é verdade para os antidepressivos convencionais, existe pesquisa mostrando em camundongos, portanto, não é placebo: se você pegar o camundongo e colocar num ambiente bacana em que ele possa receber estímulos novos e tratar com Fluoxetina, com Prozac, o efeito é antidepressivo, funciona do jeito que a bula diz. Mas, se você pegar um camundongo que está vivendo em um ambiente adverso, que não tem contato social, sem estímulos, e tratar com Prozac, o efeito é pró-depressivo, você está na verdade piorando uma coisa que já estava ruim.

Agora, o modelo da psiquiatria convencional - pelo menos no Brasil, em vários países é assim - nos últimos 20 ou 30 anos é uma consulta de 15 minutos, uma consulta sem olhar no olho, uma consulta quase sem anamnese, uma consulta em que não interessa a quem está prescrevendo se na casa do paciente tem água corrente, se na casa da pessoa tem conflito familiar, se a pessoa apanha do cônjuge, se tem tiroteio na porta da rua. Se você não perguntar nada sobre a vida da pessoa e vai dar para ela um uma substância que pode piorar o humor dela em situação adversa, isso é iatrogenia. Olha o espaço para processo judicial, olha o tamanho do “liability”, como se chama nos Estados Unidos. É por isso que a indústria farmacêutica está querendo mudar de assunto e trocar de substância, só que isso não vai dar certo.

Em primeiro lugar não vai dar certo porque antidepressivo convencional as pessoas tomam todo dia, e essas substâncias psicodélicas são para uso infrequente em doses muito baixas, estamos falando aqui de alguns miligramas no caso do DMT e falando de microgramas no caso do LSD. A indústria quer monetizar um negócio que é produto natural e cuja dose é muito baixa, então eles vão fazer o quê? Eles vão tentar cobrar muito pelo resto, que é a terapia. E é aí que o SUS entra, porque o SUS tem condição de trazer essas práticas interativas indígenas para dentro do sistema, fortalecendo as práticas indígenas, em vez de se apropriar e diluí-las, e combater a indústria farmacêutica de um jeito que é barato. Dá para fazer isso inclusive em grupo, olha aí o Santo-daime, olha a UDV, e a Barquinha, que são as Igrejas sincréticas, não são indígenas, mas receberam essa informação dos indígenas e fizeram sincretismos cristãos, africanos e indígenas.

Compreender tudo isso é compreender que o foco sendo na terapia é foco nas pessoas, é foco na formação de pessoas que não são só psiquiatras, que são psicólogos, que são terapeutas ocupacionais, que podem ser fonoaudiólogos, que podem ser um monte de coisa. O que é uma pessoa que tem a capacidade de segurar a mão do outro e ajudar a fazer o mergulho? É uma formação que hoje, se você quiser fazer isso bem feito, você provavelmente vai ter que se embrenhar na floresta, aprender a fazer dieta, compreender o som da pena do condor, saber fazer um sopro. É um momento muito interessante, porque é um momento em que, para evocar nosso mestre Ailton Krenak, uma das vozes mais importantes da América hoje sobre o futuro que ainda podemos tentar construir, se quisermos permanecer, temos que nos alinhar com práticas ancestrais e construir um futuro a partir dessa ancestralidade. Não precisamos inventar nada novo, precisamos só entender melhor o que já se sabia. A indústria não tem a menor sensibilidade para isso, a indústria quer passar o rodo, a indústria quer se apropriar de tudo. Nos anos 1950, uma

pesquisa feita no Brasil pelo Maurício Rocha e Silva descobriu que o veneno da jararaca tem uma substância que é útil para o controle da pressão arterial, que reduz a pressão arterial rapidamente.

Isso foi levado para os Estados Unidos, ele colaborou com alguns pesquisadores e rapidamente o pessoal descobriu o jeito de fazer uma síntese, patentear essa síntese, e o Brasil rodou. Eles estão tentando fazer a mesma coisa agora. E essas grandes corporações estão tentando fazer isso, na minha opinião por um caminho muito equivocado, já inventaram os psicodélicos sem psicodelia, são substâncias que alteram a plasticidade neural assim como substâncias psicodélicas, são muito semelhantes estruturalmente e quimicamente, mas não produzem uma alteração da consciência. Eles estão sanitizando os psicodélicos e querendo reduzir novamente, já tentaram reduzir dizendo que depressão é serotonina baixa, deu errado, quem ouviu o podcast que eu estou citando? *Medo e Delírio em Brasília*, altamente recomendável. Deu errado: a serotonina não é a causa da depressão, as pessoas não ficam deprimidas porque tem baixa ou alta serotonina, ela faz parte da produção do que chamamos de humor, assim como muitas outras moléculas.

E estão tentando dizer que o problema da depressão é a falta de plasticidade, você vai fazer um efeito celular, aumentar a plasticidade, e aí a pessoa vai ficar menos deprimida. Isso é uma besteira, pode funcionar até para camundongo, mas não para um ser humano, não vai funcionar. É muito mais complicado, porque depressão na verdade é um problema de vínculos, ou de ausência ou de falta ou de baixa qualidade dos vínculos. Essa indústria que está investindo milhões em psicodélicos que não são psicodélicos, ela vai quebrar a cara. Onde é que tem a riqueza a ser compreendida e abraçada? No entendimento de que é através do sistema de crenças da pessoa que a cura opera. Vamos pensar aqui nessa metáfora de que os psicodélicos tornam um cérebro enrijecido maleável por algumas horas, vamos pensar que num objeto de cerâmica que se enrijeceu, chamamos isso de um cérebro e essa cerâmica enrijecida está batendo nas coisas, não está legal, não está bem adaptada ao ambiente, aí você coloca o psicodélico no meio de um processo psicoterapêutico e aí esse barro está novamente maleável e você pode trabalhar. Uma mão é a mão do terapeuta ou da terapeuta, a outra mão é a mão do paciente. Se o paciente não tiver uma intenção muito clara e souber o que está fazendo ali, não vai ficar legal. Não é passivo o processo de cura, é ativo, isso nos ensinam muito bem os pajés. Por uma ou duas horas, três horas, seis horas, no caso do LSD oito horas, aquele barro está mol. Você pode mexer, transformar depois, ele vai ficar se enrijecendo por semanas. O período crítico da aprendizagem de recompensa social em roedores, por exemplo, fica

aberto por semanas após a administração dos psicodélicos, trabalho da *Gül Dölen* publicado esse ano na *Nature Neuroscience*, então você tem que cuidar muito bem daquilo, não adianta tratar a pessoa com psicodélico e devolver ela por um ambiente adverso. Colocar isso no SUS não é trivial, tem que integrar tudo de forma sistêmica, não é dar remédio e vai para casa... Qual é o bordão na psiquiatria convencional? Eu não sou psiquiatra, sou biólogo, mas eu sei que o bordão é “pra doidinho prozac, pra doidão haldol” é um bordão para uma consulta de 15 minutos, resolve a consulta. Isso tem que acabar, a psiquiatria tem que ter a consulta mais demorada, você está lidando com a mente da pessoa, como assim?! E tem que abrir, não é só psiquiatra que tem que dar pitaco, tem que ser mais horizontal. Estamos passando por tudo isso e deve haver transformações positivas. Na minha opinião a gente tem que pensar fora da caixinha, é um momento bacana para questionar a indústria e fazer coisas que funcionam, bem aterradas, bem aldeadas, bem aquilombadas e isso pode ser feito sim dentro do SUS, sim dentro do Ministério da Saúde e certamente sim dentro da Fiocruz. O Brasil é hoje o terceiro país que mais publica em psicodélicos no mundo, atrás apenas Estados Unidos e Reino Unido. Isso só aconteceu porque a Ayahuasca é legal no Brasil, saímos antes deles no primeiro estudo de Ayahuasca e mapeamento com ressonância magnética funcional publicado em 2011, o trabalho equivalente feito no norte global foi em 2017 no PNAS com LSD do grupo do David Nutt. Quando que o Brasil chega seis anos antes na frente? É raro. Mas por quê? A Ayahuasca estava legalizada desde os anos 1980 e estava no Brasil há milhares de anos, é uma oportunidade enorme que temos, e o mundo do rapé é uma coisa enorme, é uma loucura, são muitas substâncias complexas, muitos tipos de rapé, muitas interações. Essa lógica que tem na Ayahuasca de você ter o ligante e ter uma substância que protege contra a degradação, isso acontece no rapé com a acetilcolina.

É um momento precioso em que não podemos ficar de bobeira, importar... eu fico falando “importar maconha é que nem importar macaxeira”. Por que é que o Brasil importa maconha? Houve uma necessidade de fazer uma transição, mas já deu. O governo Bolsonaro produziu oligopólio de maconha medicinal, tem que ser destruído esse oligopólio e não é difícil porque as associações de pacientes já estão aí, hoje há 100.000 pessoas usando óleo de maconha no Brasil, é um momento auspicioso, é o momento de mudança, a indústria num hype enorme e a indústria dos psicodélicos está neste momento, no momento que a Cannabis estava há 10 anos atrás, estão achando que vão ganhar muita grana, mas não é bem assim que a banda toca

A indústria da cannabis por exemplo deu com os burros n'água em muitos lugares porque produziu demais, tem excesso em vários lugares, e não tem uma consideração localizada, produção local. Do ponto de vista brasileiro, se o Brasil for capaz de ter uma indústria de maconha que permita as lajes verdes na Maté, no Complexo do Alemão, e as genéticas múltiplas da planta se prestam a isso, não adianta uma indústria falar “eu vou saturar o mercado com uma flor”, pois existem muitas flores diferentes. Do mesmo jeito que tem um mercado para cerveja artesanal, o mercado é infinito, tem muitos jeitos de fazer cerveja, tem muitos jeitos de curar uma planta, tem muita genética e tem muitos espaços para o que vem da base.

Vamos ter que ter coragem para fazer isso, apesar do pânico moral dos conservadores sobretudo do caso do Brasil, dessa quase maioria evangélica e que tem um monte de gente que é evangélico que está diferente, é com essas pessoas que temos que dialogar mais para poder ampliar o debate. Uma coisa muito boa e aí eu vou encerrar para gente poder debater mais, é que tanto no caso dos psicodélicos quanto no caso da maconha existe um potencial de conversão quase que imediato, que é quando a pessoa fica doente, quem fica doente imediatamente perde preconceitos, é raríssimo “não, eu estou com glioma, mas não quero testar maconha não” isso não existe.

Pessoas ficam doentes e dizem “Eu quero!” Pena, porque a pessoa precisa ficar doente para poder mudar de ideia, o importante do debate é dar a oportunidade para a pessoa mudar antes que ela fique doente ou alguém da sua família, e outra coisa é o potencial disruptivo e contra-hegemônico que a maconha e os psicodélicos têm. Por quê? Porque são produtos naturais, sendo produtos naturais não podem ser patenteados, a indústria tenta obter patentes de processos ou certas genéticas, mas ainda assim sempre haverá a possibilidade de você plantar a sua planta, o seu fungo ou cultivar os seus sapinhos.

É isso que temos que focar agora, vamos pintar a cara de urucum, pegar os paramentos e vamos nessa! A gente precisa avançar e o Brasil está muito bem posicionado para fazer isso. Se o Brasil fizer, quando a indústria perceber não tem mais volta, porque ninguém vai pagar caro por uma coisa que na verdade é bem acessível.

Gente, é isso que eu queria falar hoje, obrigado!

ANA PAULA GULJOR

Obrigada, Sidarta!

Como sempre trazendo contribuições fundamentais para nossas reflexões acredito que aqui nessa escola nós temos pesquisadores do campo da saúde pública, mas também profissionais da área da saúde mental, psiquiatras, psicólogos e o acesso a essa discussão é muito restrito, precisamos poder falar e precisamos ter coragem de falar disso.

Nós sabemos que o que nós temos vivenciado é uma certa resistência tocar no assunto porque isso pode fazer mal ao voto ali na frente, e estou falando seja direita, esquerda, centro.... Temos influenciado. E é muito importante que consigamos sair de grupos restritos dentro das universidades, dentro de pesquisadores para esse debate e acolher esse debate com os movimentos sociais. Aproveitando e te dar uma notícia, nós aqui do LAPS estamos apoiando junto com a OPAS um processo que na próxima semana do 20 de novembro vamos estar em um evento organizado pela CESAE onde vão estar reunidos lideranças, as referências dos DSEI - Distritos de Saúde Indígenas de todo país, são 34. Pajés e Majés, pessoas importantes que para essa discussão da saúde indígena, para potencializar, para atualizar a política nacional de saúde indígena com todas essas discussões já que a 6 anos essa prática que vinha se constituindo não acontecia esse vai ser o momento de nós e eu falo bastante por mim como pesquisadora, que estou aqui urbana poder conhecer mais desses usos, dessas práticas, que são milenares.

Vamos estar abrindo para fazer as inscrições, e enquanto isso eu vou falando porque quando falamos do quanto lá 50 anos 60 já haviam pesquisas que se encaminharam para um aprofundamento, para uma certa análise efetiva científica dessas práticas.

E eis que chega a guerras às drogas e a partir daí nada se pode falar sobre isso, e o que a gente vê é esse retrato hoje, não só no Brasil, mas no mundo, o quanto isso gera morte, enquanto isso gera inclusive essa impossibilidade de potencialização do cuidado.

Alguém quer fazer alguma intervenção?

Pedro Carneiro... Francisco Neto... por favor.

PERGUNTA:

Sidarta Parabéns!

Sou psiquiatra de São Paulo, professor do instituto Sedes Sapientiae e é muito interessante essa questão da discussão das patentes, que os produtos naturais não podem ser patenteados.

E outra questão interessante é sobre o efeito comitiva, queria que você abordasse essa questão, porque sabemos que o óleo integral ele é bem mais potente do que por exemplo o CBD separado ou outros princípios que possam ser separados, pelo efeito sinérgico dos princípios que estão na cannabis. Acho que é importante porque hoje se fala muito de CBD e como você falou, acho que precisamos de uma produção de óleo muito boa, e é uma notícia boa saber que a Fiocruz está pensando nessa possibilidade, justamente por essa questão do efeito comitiva.

Queria que você comentasse mais, obrigado.

SIDARTA RIBEIRO

Ótima pergunta, Pedro.

O efeito comitiva (entourage) é essa propriedade que foi descrita em 1998 pela primeira vez pelo *Ben-Shabat* o professor *Raphael Mechoulam* que faleceu recentemente da interação entre Canabinóides e, na verdade, não só entre Cannabis, Canabinóides terpenos e da cooperação entre moléculas diferentes para produzir uma terapêutica, ao longo do tempo vem ficando claro, que quando você utiliza um composto isolado por exemplo um CBD puro para tratar epilepsia depois de alguns meses pode se desenvolver uma tolerância. Essa tolerância tende a ser evitada se você tiver outros Canabinóides e ou terpenos envolvidos em pequenas quantidades isso é individual, o que funciona para um ou não funciona para outro, caso de autismo por exemplo muitas vezes ou de THC pode ser bem-vindo, para epilepsia não necessariamente ou não definitivamente acho que não sabemos. Evidentemente o conceito de efeito comitivo não é restrito aos Canabinóides, ele se aplica por exemplo a Ayahuasca, quando tem DMT, Harmalina, Harmina, se combinando para produzir um efeito, ele acontece vários rapés que mistura pelo menos duas substâncias, uma que vai ter um efeito colinérgico e nicotínico, outra que vai ter um efeito de inibir a degradação da acetilcolina.

É um conceito, um conceito que extrapola os limites que estamos falando, que nasce da pesquisa Cannabica e que é muito importante para compreender porque os medicamentos à base do produto natural são tão valiosos, porque se você quer alcançar o efeito comitiva por cargas d'água purificaria tudo a custo enorme para depois juntar de

novo? Não faz sentido se tem que sair direto da flor, descobrir qual é a flor certa para aquele paciente, para aquela condição, naquele momento isso pode mudar. Notícia boa que tem muita genética.

Inclusive as Criolas brasileiras, os Krahô, os Guajajaras, eles possuem as suas genéticas, e a preço muito barato você pode uma fórmula magistral, uma mistura que é particular para aquela necessidade, isso é um caminho que está sendo seguido por exemplo na Holanda, e em Israel tem sido feito parte de princípios puros e depois vai combinando para buscar melhor mistura para o paciente, isso é feito com robôs e é caríssimo não é nossa realidade, não estou dizendo que isso não deve ser feito só que não pode ser feito em detrimento de uma estratégia que é popular e vai de fato afetar a vida das pessoas. Tem que entender que cada caso é um caso, não é verdade que o princípio ativo puro isolado vai ser sempre melhor, mas não é verdade que um amplo espectro vai ser necessariamente sempre melhor temos que ter a cabeça aberta.

Importante de quem vai se tratar é que todas as alternativas estejam à disposição, agora a alternativa de ter um extrato feito com uma flor de genética já bem estabilizada é uma alternativa popular, se você fizer me casa isso custa R\$100,00 para você fazer remédio em 2 ou 3 meses, nem todo mundo tem R\$100 para pagar, mas muita gente tem, e se você não tem então você tem que ter acesso a farmácia viva do SUS.

Novamente, devemos lembrar que as pessoas inventam dificuldade para vender facilidade, os proibicionistas dizem que a fitoterapia canábica não é científica porque você não tem um controle perfeito da dose, isso é uma besteira por duas razões a primeira que na fitoterapia você tem acesso a uma boa faixa estreita de doses, você não tem uma dose exata, mas tem uma estreita e a terapêutica fica ótima nessa faixa estreita. Isso é feito para um monte de coisas a fitoterapia não nasceu ontem

Segunda razão na terapia convencional também não se sabe direito a dose ou por acaso o médico fala tome 1,2 comprimidos e se pese antes e faça uma regra de três.... Isso não existe você, toma um comprimido ou dois comprimido e meio comprimido para um peso que você não fica ajustando ao longo do tratamento ou estou falando besteira?! Então temos que desmontar esses argumentos porque eles são construídos para que?! Para justificar oligopólio dizer que as pessoas têm que pagar R\$3000 por um frasco de 30 ml de óleo que é uma sacanagem desculpa o meu francês.

PERGUNTA:

Bom, antes de tudo, o Sidarta é nosso, ele agora é Fiocruz, é importante considerar a relevância de ter o Sidarta como parte do quadro provisório, mas, quem sabe talvez permanente da Fiocruz e importância disso para gente. Vai terminar com uma pergunta, mas eu queria falar como colaborador do LAPS, como secretário executivo do Programa Institucional de Políticas de Drogas Direitos Humanos e Saúde Mental, cuja coordenadora geral é a nossa querida Ana Paula Guljor. Para um programa institucional que é uma ação que existe desde 2014, agora renovada da presidência e agora alocada no LAPS, a importância desse debate todo da dimensão terapêutica quando pensamos sobre política de drogas. Essa política com dimensão do potencial uso problemático, da questão da redução de danos e diversas dimensões superimportantes sobre o pânico moral em relação ao potencial do uso que pode ser considerado problemático.

Mas, tenho outra questão que é essa do terapêutico, a gente vem há um tempo explorando, tivemos agora esse ano no dia 19 de abril, uma nota técnica que com a ajuda do Sidarta, claro, a Ana Paula participou também desta nota, uma nota do programa institucional sobre as evidências que temos do uso terapêutico que tem parte do sociedade brasileiras, parte do status quo médico e biomédico que ainda defende que não há uso terapêutico da Cannabis, embora a própria OMS já tenha reconhecido e a Comissão de Drogas Narcóticas (Commission on Narcotic Drugs - CND) da ONU acatou a mudança, a maconha saiu da lista 4, que é a lista que de substâncias que não tem potencial terapêutico. Logo, é meio surreal que ainda tenha pessoas que defendam isso.

Entrando na questão dos psicodélicos, o avanço em relação a Cannabis com toda complexidade, contradições temos disso, como você falou a Fiocruz é muito grande, mas tem uma questão importante de ainda não ter na Fiocruz de forma institucional essa terceira virada ontológica, e a importância ontológica de podermos pensar, o que é entender os psicodélicos nessa dimensão inovadora, embora não seja, mas para sociedade é, e certamente para saúde coletiva, certamente para a saúde pública, certamente para boa parte do pensamento da saúde pública isso é uma coisa ainda muito estranha de pensar.

Que existem drogas consideradas malévolas e geradoras de psicose, que agora podem ser terapêuticas. E minha pergunta Sidarta, ela é uma pergunta que pode ser feita no nosso GT, que vai ter que ser criado, ali no GT de cannabis terapêuticas, o GT de potenciais terapêuticos dos psicodélicos, que é o que você acha que a Fiocruz nesse momento numa certa concretude, pode avançar em relação a isso, dada essa configuração onde ainda existe certamente uma resistência muito grande a sua fala aqui, que foi

maravilhosa, para gente o quanto é importante a gente avançar nesse tema que ainda é polêmico.

SIDARTA RIBEIRO

Boa pergunta, essa questão de a gente ter tanta dificuldade de fazer um debate numa parte do meio médico no Brasil está chegando ao limite na minha opinião, existe uma sobreposição quase perfeita entre quem é contra o uso terapêutico da maconha e quem é “*cloroquiner*”, às vezes as pessoas, o conselho federal de medicina, a ABP, precisamos fazer um descarrego, porque a pessoa tem direito de falar besteira quantas vezes até que momento você fala: deu, você é imputável, sai da frente. Não tem como, eles estão tapando o sol com a peneira, quem faz isso acaba queimando o olho. Porque estão dizendo que não existe uma evidência que está se acumulando e o mundo inteiro está indo nessa direção. Falar que maconha não é remédio é a mesma coisa que o Osmar Terra fez quando disse que não ia morrer ninguém na pandemia. Aliás ele é essa pessoa que conseguiu estar nesses dois lugares de Fake News de maneira retumbante, na minha opinião precisa de uma discussão séria sobre o CFM. O Brasil precisa discutir o CFM. Agora, o que a Fiocruz pode fazer para avançar essa agenda dados os limites e questões. No Brasil ficamos parado e com medo do que vai acontecer na eleição, isso é um problema da esquerda, e quem está fazendo pesquisa? Quem está fazendo gestão? Temos que avançar, e tem uma maneira trivialmente fácil nesse caso, convidar as nações indígenas amazônicas, *ayahwasqueiras*, virem regularmente ao Rio de Janeiro fazer terapia, pajelança com o pessoal da Maré e abrir vagas gratuitas.

ANA PAULA GULJOR

Pessoal, eu vou fazer uma pergunta que veio do YouTube da Miriam Atháide e na sequência passo para a próxima pergunta. Gostaria de saber se há contraindicação do uso da maconha e dos psicodélicos na psicose.

PERGUNTA:

Olá, Ana Paula, professor Sidarta, sou Enzo, estudante de psicologia, estagiário de CAPS aqui também, aqui mesmo de manguinhos, eu queria perguntar para o professor

Sidarta com relação a essa nova onda que temos assistido de pesquisas sobre as terapias assistidas por psicodélicos, sobre a relação que as medicações psiquiátricas têm em geral, porque eu queria citar um artigo que foi recentemente publicado pelo professor James W. Davis, lá de Londres, em que o título do artigo é bem indicativo do que eu queria expressar aqui, que é: *“além do Hype psicodélico além da onda psicodélico: a persistência do paradigma neoliberal”* porque o que temos assistido é essa tentativa de recolocar os medicamentos psiquiátricos frente à falência de por exemplo dos captadores de serotonina, das medicações psiquiátricas tradicionais, mas o argumento dos autores nesse artigo é o que eu queria te perguntar aqui é que na verdade ele continua aceitando a premissa de que os problemas do sofrimento mental e da loucura, da psicose, são problemas individuais, biológicos, e não sociais e políticos como a gente busca defender. Eu queria saber como é que você vê essa questão, você acha que eles são verdadeiramente uma novidade ou por manter essa continuidade no que se refere essa premissa eles não são tão novos assim queria ouvir a sua perspectiva por favor.

SIDARTA RIBEIRO

Obrigado pela questão, muito importante. O que você está levantando é o ponto central do problema, é ideia de que a doença mental é um problema do indivíduo, você nasceu com a genética zoada e desculpa, deu azar. Temos que ter compreensão de que a doença mental é uma construção social. Pensando por exemplo no Fanon, como é que você pode pensar em pessoas terem saúde mental no meio de uma guerra civil brutal como foi na Argélia. Isso não quer dizer que não devemos pensar nas causas proximais do sofrimento. Ou seja, se na sua comunidade tem tiroteio todo dia, ainda assim você pode tentar reduzir danos e dormir melhor. Usar CBD para dormir melhor pode ser útil, mas isso não resolve o fato de que tem tiroteio na sua comunidade todo dia. A gente não pode utilizar a estratégia terapêutica através de um medicamento ou de uma prática integrativa como sendo despolitizante para reduzir a necessidade de transformação da realidade, mas a gente também não pode voltar os olhos para falta de sono, de exercício, uma alimentação de boa qualidade, que podem sim melhorar nesse contexto, por exemplo é comum você encontrar comunidades indígenas próximas das cidades com uma alimentação idêntica àquela do subúrbio muito ultraprocessado, e sabemos que comida ultraprocessada é pró-depressiva, detona sua flora intestinal, causa depressão visceral e essa é uma pauta que é fisiológica, mas também uma pauta radicalmente política, parar de comer coisas que na

verdade não são comida. Existe um alinhamento aqui, mas podemos perder de vista o problema central.

Mais ou menos 1% e isso varia de lugar para lugar, tem uma genética que propicia a psicose, podemos discutir se essa genética ela é familiar, mas não tem um gene com penetrância alta que determine esquizofrenia, nem nós sabemos direito que que é esquizofrenia, ou bipolaridade. Sabemos que tem pessoas que por causa de uma herança familiar e vários genes, que estão envolvidos em uma herança poligênica difusa facilitam que você tem psicose, por exemplo se tiver um polimorfismo no gene da Catecol-O-Metil Transferase (COMT) que é uma enzima importante para processar neurotransmissores, e se tiver uma L-valina no lugar da Metionina na posição 158, você pode ficar propenso à psicose, isso está delimitando um grupo de risco, para que? Para ter THC contido na maconha, LSD psicodélico clássico, uma pessoa que tem esse polimorfismo não deveria consumir THC e nem consumir LSD, como de resto não deveria consumir álcool, simplesmente faz parte de um grupo de risco, ela pode consumir maconha rica em cannabidiol CBD, porque o CBD antipsicótico como demonstro largamente o grupo da USP de Ribeirão Preto nos últimos 30 anos.

Essa discussão tem que ser feita sem nenhum pânico moral toda substância tem grupo de risco, por isso, que toda substância na bula essas pessoas não devem consumir isso vale para maconha, para psicodélicos e tem que dizer qual tipo de maconha para termos que legalizar e regulamentar, para saber quais os seus componentes e quais os grupos de risco, e o mesmo vale para o açúcar já que os grupos de riscos são muito bem conhecidos, e não há uma razão para proibir o açúcar, temos que ter muita clareza não existe nem nenhuma substância nem de Deus, nem do diabo, nenhuma substância que seja tão maléfica ao ponto que justifique a polícia subir o morro dá tiro em pessoas, mata crianças indo para escola na como que a *Agatha Félix* (morta quando voltava para casa com a mãe, no Complexo do Alemão, em setembro de 2019), isso não pode acontecer em nome de substância nenhuma, e as pessoas têm que ser informadas - “olha eu tenho tolerância lactose, não toma leite com lactose olha eu tenho um polimorfismo tal tal tal, eu tenho nem sei disso mas na minha família teve esquizofrenia então beleza então não consome o THC”. Mas até para a pessoa poder fazer essa escolha, o debate tem que ser franco, e essas pessoas têm que saber que pertencem ao grupo de risco, e na proibição não consegue existir o diálogo por que é tudo interdito.

Como abordar isso na escola e falar com as crianças “olha maconha não mata neurônio, mas mesmo assim você não deveria usar maconha na juventude porque o uso

precoce abusivo de maconha a nível populacional está ligado a problemas motivacionais e a problemas acadêmicos”, “mas tem jovem que fumou a vida toda e não teve problema?!”, e não é assim, tem tudo que se imaginar, mas podemos dizer hoje com a ciência que existe “se proteja”, eu digo para o meu filho. Maconha é uma coisa muito interessante quando se é adulto e certamente quando você fica mais velho, até porque é ótimo para pessoas mais velhas, mas não é uma coisa boa para adolescentes em geral, isso é honesto. Se você fala para seu filho que maconha mata neurônio, é uma coisa que ele descobre na primeira pesquisa no Google que não e acabou a interlocução, você vai conversar com ele e não vai ter conversa, porque na cabeça dele vai ser “ou ele não sabe ou está querendo me enganar”, quanto mais conhecimento tivermos para fazermos escolhas.

Sempre faço a comparação de cannabis a sexo quanto o assunto são os jovens, você não pode chegar e dizer “sexo é ruim” porque vai acabar a conversa, diferente de “sexo é ótimo, mas depende com quem, aonde e tal...” e quanto mais tarde adolescente melhor, a cannabis é a mesma coisa; quando o cérebro está formado a rigor lá pros 25 anos e galera está fumando com 12, o que eu acho absurdo, e não é com pânico moral que você vai reduzir esse consumo, voce vai reduzir o consumo conversando e explicando para a pessoa para fazer escolhas boas escolhas, e se quiser fumar maconha mesmo, e não tem como impedir vamos reduzir os danos, tem ampla evidência de que reduzir danos funciona, porque não pode reduzir o dano ?! Esse discurso abstinência é utilizado no pânico moral das igrejas é discurso da hipocrisia, o discurso de quem fala que não faz e faz, a gente tem que desconstruir isso.

PERGUNTA:

Sou Débora Grion, sou psiquiatra aqui no Rio, também estou no LAPS ajudando na comissão organizadora. Eu acho importante essa sua fala no questionamento do saber psiquiátrico não só no que tange o contexto neoliberal, mas no sentido de uma limitação ontológica que vem da clínica psiquiátrica dela nascer de uma epistemologia biomédica que está atravessada não só pelo capitalismo, mas também pelo colonialismo. Eu tenho pensado muito no lugar do psiquiatra enquanto também um lugar, um papel, que foi construído historicamente para ser ocupado por pessoas brancas, nesse lugar de um pacto velado da branquitude, em que pode até se abrir espaço algumas remediações, mas ainda assim um papel construído historicamente para ser ocupado por pessoas brancas. Fico

com um pouco de receio do lugar da discussão da introdução dos psicodélicos ser dado nesses espaços da psiquiatria, mas eu entendo também que isso tem que ser pautado institucionalmente porque, por exemplo, a indústria farmacêutica pauta dessa forma e a gente tem que travar essa disputa mas surge uma contradição. Que seria o fato da gente, como você disse, não seria trivial incorporar no SUS, porque o SUS também é uma ferramenta um aparelho desse Estado que também é colonizador, assim como a psiquiatria pode ser colonizadora. Como que a gente lidaria com essa contradição de incorporar, porque, é uma disputa que precisa ser travada, mas em tentar reconhecer assim como a gente reconhece as questões que tangem o poder psiquiátrico, reconhecer também o SUS como um aparelho desse mesmo Estado coloniza e aí como é a gente lida com isso, você trouxe a questão de trazer para cá Pajés, mas qual que seria o protagonismo institucional, para além dessa dimensão profissional do cuidado, do lugar ali do setting, como que a gente pautaria isso institucionalmente para que a gente fuja ou pelo menos reconheça a colonização que atravessa esse processo.

SIDARTA RIBEIRO

Muito boa a sua questão. Tem um paralelo interessante nisso da capoeira, porque, a partir dos anos 1960 houve muita tentativa de institucionalizar a capoeira, e isso sempre esbarrou na diversidade dos grupos, dos mestres, das mestras, e você não consegue botar todo mundo na mesma página. Com isso o espaço para pessoa falar assim “beleza então agora vai dar aula quem tiver um diploma de educação física” o que coloca no desempregado 95% dos mestres tradicionais, e não se disputa até hoje, está resolvido, mas a capoeira ganhou, até hoje os mestres não são obrigados a necessariamente ter diploma.

Os psicodélicos estão trazendo e a maconha já trouxe, a necessidade de horizontalização das relações de médico/paciente, a relação vertical paciente uma relação patriarcal e colonialista, e eu lembro da Marilena Chaui falando do conceito de discurso competente a pessoa pega coloca um jaleco coloca o estetoscópio e pronto ela está falando de cima para baixo, isso acontece com a polícia quando coloca um uniforme, está dando ordem e está brutalizando. Acredito ser muito difícil sair dessa lógica se aceitarmos que o psicodélico tem que ser domesticado dentro de um ambulatório que a pessoa vai tomar Quetamina olhando para parede branca e vai ter um médico anestesista, e se aceitarmos isso, estaremos aceitando a apropriação e aceitou a colonização, por isso que eu estou

falando, a coisa mais simples que tem é ir direto na fonte dos povos originários e convidá-los a abrir um serviço.

E assim se formos radicais em aldeia e aquiombar resolvemos esse problema, vamos direto na fonte, os caras mais velhos, os pajés, chamando as pessoas a mudar a prática Práxis, não precisa discutir muitas outras coisas, não precisamos reduzir uma cosmovisão outra gente, temos que alinhar elas.

PERGUNTA:

A Dacilia em uma reunião Conselho Gestor Intersetorial de Manguinhos em 2016 ela disse: “Quando comecei participar desses espaços coletivos, comecei a entender a política de saúde da família e compreendi as limitações dessa política para dar conta da realidade, que a realidade de muitas mães loucas resultantes de uma realidade em que por exemplo o que aconteceu na semana passada, atravessei a Avenida Democráticos com água até o pescoço muita gente perdeu tudo e no dia seguinte teve ação policial aqui”. Estamos falando de um território com uma crise socioambiental que estamos vivendo, ela já está sendo sentida pelas pessoas que já sofrem de privações e negações dos seus direitos como exemplo que foi dado acima.

Quando o nível da água do mar subir mais, quem vai sofrer a consequência mais rapidamente, quem mora na Vieira Souto, que pode fazer um muro grande para se proteger, ou manguinhos que já estão debaixo da água hoje e a muitos anos?!

Como servidora pública desse território estou tentando contribuir para trazer essas vozes, assim como você disse que o povo é originário tem sabedoria que precisam ajudar a resolver os problemas, as pessoas que vivem nesses territórios vulnerabilizados do Complexo de Favelas Manguinhos da Maré precisam estar nesse ambiente também, dialogando e eles não estão.

Tem que ser construído isso, e com isso eu trouxe o Jornal que é produzido na construção junto com os moradores e trabalhadores, que talvez ajude nesse processo, Obrigada!

SIDARTA RIBEIRO

Até a pandemia eu sempre fui uma pessoa que gostava da cidade, e achava interessantes principalmente o Rio de Janeiro, onde morei durante o mestrado e tenho

família, e eu conseguia ver beleza até na decadência e depois da pandemia e principalmente pelo contato com CRENAC, comecei a ver o que ele vê, que as cidades são ruína da floresta, a cidade de certa maneira elas não tem solução se não mudar o jeito de viver se não mudarmos o rumo do capitalismo não tem solução, isso significa que o precisamos mudar é muito mais profundo do que melhorar o saneamento, é mudar o jeito de vida de mesmo, que é pauta na nossa agenda planetária.

Tem muitas pequenas coisas que precisam ser feitas para que a vida possa ser um pouquinho melhor, e qualquer ação de formiguinhas não resolve o problema sistêmico, é uma questão sistêmica para ser resolvida.

E é importante entender que não dá mais para adiar o confronto, esse confronto é de uma crise socioambiental, tem uma questão de raça, classe e tem a questão da nossa espécie, como se relaciona enquanto espécie com as outras, é muito ruim. Porque se todo mundo fizer algo predatório ao mesmo tempo vai tudo pelo ralo e essa é a lógica da nossa espécie.

O Aquilombamento e Aldeamento são a estratégia de sobrevivência viável porque se não fizermos isso o mercado engole tudo, ele está disposto e tem dinheiro para comprar todo mundo, e só podemos mudar esse esquema se conseguirmos fazer arranjos e trocas que não envolvam a grana, e isso é possível.

ANA PAULA GULJOR

Obrigada!

Nós temos algumas perguntas, mas pelo adiantar da hora e a necessidade do nosso retorno, gostaria de trazer uma reflexão que me trouxe a fala do Sidarta, que terminamos falando dos impactos ambientais, me reportou muito essas análises de impacto ambiental que são realizadas, onde se considera o risco disso e daquilo, mas não das condições de vida quando a gente vê os técnicos de Belo Monte brincando de Deus, quando eles abrem, para que possa não romper a barragem e aí as aldeias do entorno, os ribeirinhos estão alagados, mudou essa lógica de estar preparado para o período de cheias, porque as cheias podem ser a ordem de um outro Deus, de um outro Tupã que esse é o técnico da Belo Monte, e estamos falando de renascença psicodélica e termina falando das condições de vida formas e de um bem viver.

Que é importante fazermos essa explicitação, estamos falando de substâncias de psicodélicos, mas não estamos falando de uma substância que vende felicidade, estamos

falando de agregar estratégias de cuidado que tem relação com os povos originários com formas de estar e lidar com o outro, com aquele de quem buscamos cuidar, trazendo muitos cuidados e aprendizados, a mim também como psiquiatra, precisamos ter isso quando transmitimos na formação quando construímos com os nossos colegas cotidianamente, mas é isso a renascença psicodélica e a indústria farmacêutica diz da gente poder dizer de uma substância, que é uma substância fundamental;

De preconceitos e conservadorismo sociais que impedem que agreguemos essas novas ferramentas de cuidado à cultura branca, porque muitos dos povos originários, mas o que precisamos também discutir são formas de viver, como é que transformamos nossa cultura?! E por isso que essa conversa tem relação, não estamos falando de sintetizar pílulas de felicidade, estamos falando de como vamos nos manter nesse mundo e como é que vamos cuidar do nosso mundo?!

Agradeço muitíssimo, o professor Marco Nascimento teve uma emergência e agora chegou, muito obrigado por nos prestigiar.

MARCO NASCIMENTO

Pessoal só para não deixar de registrar o imenso orgulho, eu sou secretário executivo do Centro de Estudo Estratégicos para gente estar recebendo esse evento também sobre a liderança do Paulo, eu não tenho muito a contribuir eu estou aqui há poucos minutos já aprendi demais e é uma satisfação imensa, o privilégio do CEE receber esse evento ele extrapola a dimensão da psiquiatria.

Estavam falando de projeto de País e projeto de desenvolvimento, estamos no momento muito propício para ter essa discussão agora, a forma como Sidarta abordou o assunto de forma muito feliz.

Inclusive irei me reportar, esse tema ele está voltando na parte da manhã eu estava em outro evento e ao longo da discussão as coisas mais corriqueiras caía no debate sobre qualidade de vida.

E esta inescapável, estamos percebendo que não tem alternativa a não ser discutir, se não vamos adoecer todos, inclusive o fato de estar discutindo uma Epidemia de Drogas Psiquiátricas tem um componente simbólico importantíssimo para desmistificar que todo mundo está usando.

E essa é a questão, da adequação da medicalização na vida, em vez de mudar a forma de viver.

Que bom que estamos discutindo sobre a indústria farmacêutica que bom que estamos discutindo componentes que são da nossa trajetória histórica e agora estão sendo legitimados, como a gente com essas coisas não serem empurradas sobre nós sem ser os nossos termos, que não sejam nos termos das grandes corporações, enfim um privilégio espero que seja um evento maravilhoso.

Preciso mencionar também que o grupo do CEE de saúde mental é o mais recente com o Paulo e com o Sidarta como convidado, eles têm essa iniciativa pioneira do LAPS em parceria com o MAD, é um projeto incrível.

O Robert está aqui, e muito obrigado por terem vindo e bom evento para todos vocês.

ANA PAULA GULJOR

Muito obrigada!

O CEE é um grande parceiro do LAPS e desenvolve diversos projetos importantíssimos nesse campo da saúde coletiva.

Meu agradecimento ao Sidarta, muito obrigada.





ATIVIDADE CULTURAL

Apresentação da Camerata Jovem, interpretando música clássica e popular brasileira, a ASM – Associação Social Pela Música do Brasil é uma organização não governamental, sem fins lucrativos e tem como principal objetivo a educação social e cultural através do ensino da música clássica, a fim de promover a inclusão social de crianças, adolescentes e jovens de comunidades em situação de vulnerabilidade social.

O projeto atende 4.700 alunos em 13 núcleos de aprendizado musicais e em 18 polos de musicalização, dos 13 núcleos, 06 encontram-se na cidade do Rio de Janeiro, entre eles Rio das Pedras, Complexo do Alemão, Morro dos Macacos, Cidade de Deus, Manguinhos e Tijuca.





MESA REDONDA

"Visão Global da luta contra a medicalização"

PAULO AMARANTE

Para iniciar a mesa nós divulgamos o podcast, essa ideia, como a Camila e o Lincoln falaram, de realizar entrevistas não só relacionadas às questões que, tradicionalmente, o *Mad in Brasil* trabalha sobre a medicação e medicalização, mas também de todas as possibilidades de vida alternativas, da ideia do tratamento em saúde mental para além do médico e psiquiátrico, e também através da música, como vimos aqui hoje no evento. Agradeço mais uma vez a compreensão pelo atraso que tivemos, acredito estarmos relativamente dentro do prazo.

É com muita satisfação e alegria de estar novamente com o Robert Whitaker aqui no Seminário de Drogas Psiquiátricas. Esse Seminário foi criado inspirado no livro dele, *Anatomia de uma Epidemia* que eu e Fernando traduzimos, fizemos o prefácio, editamos e lançamos esse livro. A ideia é que fizéssemos um Seminário que pudesse desenvolver esse tema, então nos demos conta de que era um grande debate que mereceria estar presente na agenda política brasileira. Por isso, trazemos convidados internacionais, trouxemos pessoas da Argentina, Uruguai, Finlândia, Inglaterra, Holanda, de vários países e, além do Bob, já trouxemos vários nomes de pessoas que difundem essas ideias mundo afora. Agora temos a ampliação dessa rede, da comunidade *Mad in*. Criada pelo Bob nos EUA, o *Mad in America* - também título do primeiro livro premiado dele -, é um site criado dessa discussão, e então começaram a ser criados outros *Mads* pelo mundo afora.

O Brasil foi o segundo fora dos EUA, depois teve o *Mad in America hispanohablante*, que passaria a falar para todo os países de língua latina e espanhola, e depois o brasileiro, que hoje com muita alegria - o Bob sempre fala disso - é o segundo mais acessado de toda a rede, estando apenas atrás do *Mad in America*. E agora temos a construção do *Mad in the World*, essa rede, essa comunidade, que estamos cada vez mais convidando as pessoas a participarem e contribuírem, a lerem e a divulgarem. Assim como o Sidarta estava falando hoje, é uma questão de movimento social, não só das

entidades, mas das pessoas da sociedade tomarem consciência da dimensão do problema da medicalização, da mercantilização da vida, da privatização da vida e criar mecanismos de luta e resistência de transformação.

Então, é com muita honra que recebemos o Bob, um jornalista internacionalmente conhecido e que ficou conhecido quando fez esse primeiro livro, o *Mad in America* e depois o *Anatomia de uma Epidemia*, e, mais recentemente com Lisa Cosgrove - que gostaríamos que estivesse aqui e não pôde vir - escreveu o livro *Psiquiatria Sob Influência: corrupção institucional, danos sociais e prescrições para reforma*. Esse é um livro muito impactante onde eles demonstram como os laboratórios farmacêuticos forjam pesquisas, formam resultados e controlam as categorias médicas, algumas categorias médicas favoráveis à indústria farmacêutica.

Hoje ele vai falar com maior detalhamento sobre como vai ser essa luta contra a medicalização no mundo e no campo da psiquiatria. Amanhã ele vai continuar falando sobre as experiências contemporâneas, questão que achamos muito importante na medida que em todo o grande movimento da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial brasileira, poucas pessoas conhecem outras experiências no mundo exitosas ou experiências alternativas à psiquiatria ou experiências práticas que estão transformando o campo da área da saúde mental mundo afora e que ele conhece bem, não só por estar permanentemente viajando como em contato com todos esses outros atores.

Então, ele vai se apresentar, ele vai ficar no púlpito, eu vou descer pra poder ver a apresentação melhor daí junto de vocês, mas queria fazer essa rápida apresentação do Bob e passar para ele a palavra, é com você Bob.

ROBERT WHITAKER

Vou dizer algumas palavras em espanhol, sinto muito que não posso falar em português para dizer sobre meu agradecimento ao Paulo e a todos do LAPS, que é uma honra estar aqui, estou muito feliz de estar aqui outra vez, obrigado a todos pela oportunidade. O que tentarei fazer hoje é falar devagar para ajudar na tradução. Paulo pediu para que eu falasse duas vezes, então vocês vão precisar me aguentar duas vezes.

Irei falar de onde vem o processo de medicalização da psiquiatria, quando começou, pois, foi um momento específico quando aconteceu e quando aconteceu mudou o modo como pensamos sobre nós mesmos e sobre como criamos nossos filhos. Isso aconteceu na década de 80, ou seja, é uma narrativa que nasce nos anos 80 e, eventualmente, é exportada para o mundo inteiro. E vou falar sobre como isso aconteceu. A primeira parte será sobre o nascimento do modelo psiquiátrico e a patologização da psiquiatria, como ela nasceu e como foi exportada. A segunda coisa que abordarei é: foi uma história da ciência ou foi uma história do marketing - basicamente uma história capitalista para vender histórias que trouxeram lucros para certas pessoas? Vamos olhar para a ciência e ver se é consistente com a narrativa que nos contaram. E na terceira parte de hoje vamos olhar os resultados em saúde pública com esse modelo de cuidado. Amanhã vamos falar sobre essa rebelião que aconteceu nos EUA e no mundo, inclusive no Brasil, contra esse modelo de cuidado baseado na doença. Acredito que no Brasil, essa rebelião foi mais forte, aqui é o único país em que uma filial do *Mad in the World* teve apoio institucional. O que acontece aqui no Brasil é tão importante para essa luta mais ampla contra esse modelo, essa filosofia que nos venderam, uma filosofia que acredito ser muito prejudicial. Então isso é o que iremos fazer nos dois dias.

Esse é o livro que mudou tudo, Jeffrey Lieberman foi chefe da *Associação Americana de Psiquiatria* (APA) e disse recentemente em um livro seu, que a 3ª edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* foi o livro que mudou tudo. Ele disse, e eu concordo, que esse foi o livro mais importante escrito nos últimos 50 anos, não apenas para a psiquiatria, mas no geral, pois esse livro mudou a forma como pensamos sobre nós mesmos, sobre como criamos nossas crianças e como organizamos nossa sociedade. Esse livro é incrivelmente transformativo.

Antes de falarmos sobre o que o livro fez, vamos falar sobre as raízes desse livro, o que vai acontecer com o DSM-III que será muito diferente das edições anteriores (DSM-I e DSM-II) e vai ser apresentada como uma história da ciência. Mas a primeira coisa que devemos olhar é a transição do DSM-II. O DSM-II tinha um entendimento muito maior sobre o fato de que as pessoas existem em um meio, em um ambiente. Ouvimos hoje mais cedo sobre contexto, então, se você olha essa segunda edição, ela aborda como os seres humanos às vezes sofrem em resposta à ambientes difíceis (pobreza, alguma coisa pode dar errada ao longo da vida da pessoa), em outras palavras, o problema não estava apenas na cabeça do indivíduo, isso era levado em consideração nas edições I e II. Outra coisa importante abordada majoritariamente nessas primeiras duas edições é que esses transtornos mentais e psiquiátricos eram episódicos e não crônicos. Você poderia ter um momento de dificuldade e depois que o seu contexto mudasse, isso passaria. Isso era o que você tinha até os anos 80, quando o modelo de doença prevalecerá e defenderá que o problema está na cabeça do indivíduo, que é um problema químico na cabeça do indivíduo, e isto é uma mudança impressionante na compreensão da coisa.

No DSM-III, é vendida a ideia de que essa mudança conceitual aconteceu por causa de descobertas científicas, mas o que devemos olhar é para o que levou a publicação do DSM-III e a mudança de sua concepção e o que vamos encontrar é que nos anos 1970 a *Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association - APA)* estava lutando para sobreviver porque estava perdendo a credibilidade na sociedade americana, mas por quê? Por muitas questões, primeiro porque existia um movimento antipsiquiatria acadêmico que dizia que a psiquiatria não era uma especialidade médica, mas sim uma especialidade de controle social, que eles não seriam de fato médicos. A segunda coisa é que a psiquiatria nos anos 1970 tinha ideias muito freudianas através da *cura pela fala*, mas ela não conseguia provar que esse tipo de cura era melhor que outras psicoterapias oferecidas por psicólogos ou assistente sociais, então eles estavam em um tipo de competição por pacientes com outros grupos que estavam se tornando populares. A questão é que essa psicanálise dos psiquiatras era muito mais cara do que a psicoterapia e o aconselhamento, então eles estavam perdendo clientes. Existiam artigos dizendo que essas análises psiquiátricas não eram boas e para serem boas precisaria ter duas qualidades: precisaria ser confiável e válida. Se eu for em um médico eu vou ter um diagnóstico e se eu for em outro ele também dirá a mesma coisa, isso a tornaria confiável. E válido significa que há algo real, há uma doença real. Na Universidade de Washington

em Saint Louis existia um grupo que dizia que esses diagnósticos psiquiátricos são péssimos, eles não atendem aos verdadeiros diagnósticos médicos.

Essa foi, de certa forma, uma crise e, então, houve outras duas crises nos anos 70. Uma por conta de um artigo de um psicólogo chamado David Rosenhan, em que ele e outros profissionais ajudaram estudantes a entrarem em hospitais psiquiátricos. Os estudantes se apresentavam nos hospitais dizendo ‘eu ouço vozes’, e os psiquiatras perguntavam, ‘o que você escuta?’, ao que os estudantes respondiam, ‘eu ouço a palavra *batida*’. Simples assim. Eles foram todos admitidos nos hospitais e nunca foram descobertos pelos psiquiatras que eram impostores. Os únicos que entenderam que eles eram impostores foram os pacientes. Então, quando eles relataram essa situação, foi uma grande vergonha para a psiquiatria. Uma semana depois desse artigo aparecer, a APA montou um grupo para começar o DSM-III, esse volume começou ali.

Outra coisa que trouxe bastante vergonha para a APA foi o filme chamado *Um Estranho no Ninho*. Nesse filme, o psiquiatra é representado como uma pessoa tão louca quanto o paciente. Nesse ponto a APA sentiu que estava sob ataque, e [eles pensaram] o modo como poderiam se recolocar no mercado, que seria como médicos que tratam doenças, pois com jalecos brancos eles têm prestígio na sociedade. Nesse momento, eles precisavam se reinventar saindo de uma ideia de profissionais que tratam pessoas em um sofá para profissionais que tratam doenças do cérebro e, assim, garantir uma forma de voltar ao mercado.

Vocês podem ver nesta fala de Gerald Klerman de que existe um limite entre o normal e o patológico e existe uma tarefa para que os especialistas investiguem isso, foi nesse momento que as coisas começaram a ficar diferentes de como eram antes. Antes você pensava que o problema psiquiátrico era temporário, você passava por um momento de sofrimento e depois voltava ao normal. Vou contar para vocês algo que eu não sabia até o meu primeiro livro. Na época do meu primeiro livro, minha mãe me contou que meu pai passou algum tempo em um hospital psiquiátrico depois da Segunda Guerra Mundial. Meu pai lutou na Segunda Guerra e quando esteve no hospital algo interessante aconteceu, os chefes dele disseram para ele que ele sairia do hospital e o trabalho dele ainda estaria esperando por ele, porque esse era o entendimento da época, o que ele estava

vivendo era temporário e não uma condição crônica. Mas agora isso mudará, há uma linha tênue entre o normal e o anormal.

A psiquiatria científica passa a ser a especialidade médica que investiga as causas, diagnósticos e tratamentos dessas doenças mentais. Então houve uma reconceitualização de uma questão temporária para problemas permanentes que ocorrem dentro dos indivíduos e essas ideias estavam sendo apresentadas para a população americana. Em um livro chamado *O Cérebro Quebrado* de Nancy Andreasen, que virá a ser editora-chefe do *American Journal of Psychiatry*, dizia que esses problemas psiquiátricos são doenças (é um modelo de doença), que eles deveriam ser considerados doenças assim como a diabetes, doenças do coração ou câncer. O pensamento era de que problemas diferentes têm diferentes causas, que dariam a entender que o desequilíbrio químico no cérebro seria a base desses problemas e que o tratamento envolveria corrigir esse desequilíbrio químico, quando na realidade sabemos que o cérebro é algo complexo, uma das coisas mais complexas do universo. Essa ideia foi apresentada como uma nova concepção em 1984, quando pesquisas estavam descobrindo a molécula que causa depressão, a molécula que causa psicose e eles podem consertar o problema, como a insulina funciona para a diabetes. E se isso é verdade, penso que essa é a maior descoberta médica de todos os tempos. A propósito, eu estava trabalhando em um jornal nessa época e eu acreditava em tudo isso, porque essas informações estavam vindo de especialistas do campo.

Se você é uma empresa e está tentando mudar sua imagem na sociedade, o que você precisa fazer? Uma campanha que convença a população que sua empresa é diferente do que se esperava antes. Assim, a partir do momento que eles publicaram essa terceira edição do DSM, eles se organizaram para fazer uma campanha de Relações Públicas para vender esse novo modelo ao público. Então, eles montaram um grupo para publicar livros sobre isso, depois eles foram ao meios de comunicação - todo ano eles tinham um dia para falar com a imprensa e abordar os avanços da biologia e do entendimento das questões e, a propósito, se eles gostassem de você, eles te dariam um prêmio por, assim dizer, reproduzir o que eles estavam falando -, eles colocavam fichas técnicas sobre os desequilíbrios químicos e outras coisas nos consultórios médicos e eles realizavam sessões de treinamento pelos EUA dizendo aos psiquiatras como eles precisavam falar com o público sobre essa *nova psiquiatria*. Como qualquer um que está tentando vender um produto, eles queriam que os seus membros fossem capazes de

vender a história para o público. A propósito, algumas dessas iniciativas serão financiadas pelas empresas farmacêuticas e por quê? Por que as empresas farmacêuticas ficaram tão felizes com esse novo modelo? Porque não se tem como aprovar uma droga para curar a infelicidade das pessoas ou um luto, mas se isso for uma doença, então você pode ter a aprovação para a droga.

A indústria farmacêutica imediatamente entendeu que com esse novo modelo de doença eles iriam expandir o mercado para as drogas psiquiátricas. O que vai acontecer é que a APA vai querer vender essa história assim como as empresas farmacêuticas e eles se juntaram em uma parceria. Robert Spitzer, que foi o chefe da força-tarefa que criou o DSM-III, disse que a indústria farmacêutica estava feliz com essa reconceitualização. Então, o que fizemos no livro *Psiquiatria Sob Influência* foi, nós investigamos primeiro o dinheiro que estava indo para a APA das empresas farmacêuticas. No início, em 1980, era em torno de dez milhões de dólares ao ano. Em 2008, o valor repassado era de setenta milhões de dólares ao ano para promover esse novo modelo de cuidado. Para que o dinheiro está indo para a APA? O mais importante são os Simpósios “científicos” na conferência anual da APA. Todo ano eles fazem uma grande conferência e o que eles começaram a fazer nos anos 80 foi que as empresas farmacêuticas começaram a pagar para psiquiatras de outros países irem nessas conferências. Eles pagavam as passagens, o hotel e as três refeições diárias. Nessas refeições, eles iam ouvir psiquiatras de instituições prestigiadas, como Harvard, Stanford e Johns Hopkins em palestras que eram tidas como científicas. O que a plateia não sabia era que as empresas farmacêuticas pagavam essas palestras e tinham que dar o aval para o conteúdo abordado, ou seja, o que eles estavam pagando na realidade eram propagandas. O que eles entenderam foi que o melhor jeito de exportar esse modelo pelo mundo era através dessas conferências anuais, assim, levavam psiquiatras de outros países que, quando voltavam, repetiam essa história e acabavam sendo pagos para serem consultores das empresas farmacêuticas em seus países.

Nos Estados Unidos eles davam dinheiro para a APA e para o *Instituto Nacional de Saúde Mental National Institute of Mental Health – NIMH*), que é uma instituição governamental, para realizar campanhas educacionais visando transformar o pensamento americano. Como exemplo, em 1985 eles fizeram uma pesquisa entre os americanos sobre depressão e cerca de 90% disseram que a depressão passaria com o tempo, que se poderia conversar com um padre, com os amigos e que iria passar com o tempo. Esse era

o entendimento que se tinha na época. Então, a APA, com financiamento da indústria farmacêutica, fez um grande projeto para convencer os americanos de que isso não era verdade, que a depressão era uma doença, uma doença do cérebro, que é um transtorno crônico e que há novas drogas que consertam esse desequilíbrio químico no cérebro. Assim, o dinheiro estava vindo de empresas farmacêuticas e as campanhas educacionais pareciam estar vindo de uma organização profissional, mas o financiamento era mais como um negócio de “lavagem de dinheiro”. As empresas farmacêuticas começaram a pagar praticamente todos os psiquiatras acadêmicos nos Estados Unidos para servir como seus conselheiros, seus consultores e seus palestrantes.

Em 1988, quando o *New England Journal of Medicine* queria fazer uma revisão sobre os antidepressivos, eles quase não conseguiram encontrar psiquiatras acadêmicos que não estivessem ganhando dinheiro das empresas farmacêuticas. E quem teria prestígio na sociedade para falar sobre coisas que o público vai acreditar? Médicos de universidades prestigiosas como Stanford, John Hopkins e Harvard, eles são vistos como especialistas. Eles passam a ser pagos pelas empresas farmacêuticas para contar e propagar essa narrativa de desequilíbrio químico e de excelentes novas drogas para o público. A gente não sabia exatamente quanto dinheiro estava rolando nesse negócio até 2008, quando teve uma investigação no Congresso.

Pessoas que são conhecidas como “líderes de pensamento”, ou seja, médicos que são reconhecidos como sendo formadores de opinião pública, colocaram seus nomes em ensaios clínicos de novas drogas, alguns deles escrito por um ghostwriter. Esses líderes de pensamento são as pessoas que serão entrevistadas pela imprensa, vão escrever livros didáticos, eles vão realmente controlar a narrativa. E prestem atenção no dinheiro que algumas dessas pessoas ganharam.

Joseph Biederman, consultor em vinte e quatro empresas diferentes, ganhou, de apenas uma delas, 1.6 milhões de dólares, e sabe o motivo? Essa é a pessoa que abriu o mercado do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade no mundo inteiro. E, na verdade, ele deveria ter ganhado muito mais dinheiro que isso, ele poderia ter pedido muito mais dinheiro para esse mercado; Frederick Goodwin, ex-diretor da NIMH, abriu o mercado para novas drogas para o Transtorno Bipolar e apenas uma empresa deu a ele 1.2 milhões de dólares; Melissa DelBello e Karen Wagner, abriram o mercado de

medicações para crianças, como antipsicóticos, antidepressivos, etc. Elas estão recebendo dinheiro para construir um mercado e dizer, *sim, é com base científica que se pode dar estimulantes para crianças de 8 anos.*

Esses líderes de pensamento são as pessoas que os jornalistas procuram para citar e quando se faz uma reportagem, acabamos dizendo o que eles dizem. Nessa época, em 2008, eu não estava mais acreditando no que eles diziam. Quando fui na reunião anual de 2008 da APA, eles colocaram uma seção de esclarecimentos, então eu somei os números disponíveis e 373 palestrantes relataram ter um total coletivo de 888 acordos de consultoria com empresas farmacêuticas, e 483 tinham contratos para servir no *speakers bureau* (escritório de palestrantes em tradução livre) de empresas farmacêuticas. Esses *speakers' bureaus* funcionam da seguinte forma: nos Estados Unidos, a maneira como se vende drogas é circulando localmente e convidando psiquiatras ou os prescritores para jantar. Os palestrantes membros do *speakers' bureaus* pagarão pelo jantar e, ao longo dele, os psiquiatras convidados vão ouvir uma palestra de um psiquiatra local conhecido, que faz parte desse *speakers' bureaus*. Então, o psiquiatra convidado vai jantar pensando estar ouvindo uma conversa científica, mas, na verdade, o que se está ouvindo é uma conversa que teve aval da empresa farmacêutica que está pagando por tudo isso.

Então, qual foi a narrativa que nos contaram? Nos contaram que essas são doenças do cérebro e rapidamente começamos a ouvir sobre a teoria do nível baixo de serotonina na depressão e que as pessoas com depressão têm essa anormalidade nos seus neurotransmissores. Eu quero mostrar que no minuto em que eles publicaram o DSM-III, isso foi o que começamos a ouvir repetidamente. Assim, em 1981, Herbert Meltzer, psiquiatra da prestigiosa *Universidade de Chicago*, disse em entrevista à *Associated Press*, 'pesquisadores acreditam que a depressão é causada por um desequilíbrio químico no cérebro'; em 1988, John Talbott, ex-presidente da APA, disse em entrevista ao *St Petersburg Times*, 'antidepressivos restauram o desequilíbrio químico que cientistas conectaram a depressão'. O que eles nos contam é: achamos a causa e agora podemos consertar o problema. Em 2001, o presidente da APA, Richard Harding, disse em um artigo da *Family Circle*, que 'sabemos agora que as doenças mentais como depressão e esquizofrenia não são fraquezas morais ou imaginadas, mas doenças *reais* causadas por anomalias da estrutura cerebral e desequilíbrio químico no cérebro'; ainda em 2001, o futuro presidente da APA, Nada Stotland, disse, 'antidepressivos restauram a química do

cérebro para o normal'; em 2005, a APA fez uma pesquisa *survey* com o público e encontraram boas notícias, eles transformaram o pensamento dos americanos de que a depressão é causada por uma baixa da serotonina no cérebro, então agora estava amplamente difundido e compreendido que o psiquiatra poderia corrigir qualquer desequilíbrio de qualquer pessoa depressiva. Então, no panfleto da APA chamado *Vamos Falar de Fatos Sobre a Depressão (Let's Talk Facts About Depression)*, consta que os 'antidepressivos podem ser prescritos para corrigir desequilíbrios nos níveis químicos do cérebro'. Essa ficha técnica foi enviada para unidades de atenção primária no país, para a mídia, etc. Em 2014, a *Aliança Nacional de Saúde Mental* disse que 'pesquisas mostram que desequilíbrio nos neurotransmissores como serotonina, dopamina e norepinefrina podem ser corrigidos com antidepressivos'. Em 1980, a história começa e ainda estamos ouvindo ela em 2014, trinta e quatro anos depois.

Então, a primeira parte dessa história, dessa narrativa de progresso é: essas coisas são doenças e nós achamos a cura e agora eles vão dizer que têm novas drogas, que são melhores do que nunca, para consertar tais doenças. Assim, em 1988, a droga Prozac, que é a primeira da classe de inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS), é supostamente tida como muito mais efetiva que os antigos antidepressivos. O *60 Minutes*, um dos melhores programas de notícias nos Estados Unidos, fez uma matéria sobre a chegada dessa nova droga e eles disseram, 'a maioria dos médicos acreditam que a depressão crônica como a de Romero é causada pelo desequilíbrio químico no cérebro e para corrigi-la, o médico prescreveu Prozac'. Prozac foi apresentada como uma droga que faz você se sentir "melhor do que bem".

Ouvimos também nessa época que os psiquiatras estavam se tornando tão capacitados sobre neurotransmissores no cérebro e como eles nos afetam, que a preocupação no momento era que teríamos uma população nos EUA onde todo mundo é feliz o tempo todo. Essa era a preocupação, eles vão bancar o *Deus* e nos fazer felizes e sorridentes o tempo todo. Não foi bem assim que a coisa terminou. E fizeram o mesmo com os antipsicóticos como Risperidona e Olanzapina, quando disseram serem muito melhores que a primeira geração, assim como a dopamina para consertar e agir contra a esquizofrenia. Os esquizofrênicos não tinham nenhuma chance de melhorar e agora eles teriam uma nova chance, e tudo ficaria ótimo! Isso mostra o progresso das drogas e o progresso da cura das doenças.

A terceira parte dessa história é que eles vão continuar expandindo o número de categorias diagnósticas. Antes do DSM-III não existia o TDAH, ele nasce com o DSM em 1980. O DSM-III apresentava 265 categorias diagnósticas e sabe por que tantos diagnósticos? Eles disseram, 'precisamos ter um diagnóstico que podemos dar para todo mundo que nos procura no consultório'. O que acontece com o DSM-IV, que é publicado em 1994, eles vão afrouxar os limites e adicionar novas categorias. Ao fazerem isso, eles atraem mais pacientes e mais negócios para o mundo farmacêutico. E então, em um ano após a publicação do DSM-IV, começamos a ouvir que ¼ de pessoas da sociedade americana sofre de problemas mentais e isso porque, agora estão aplicando esse novo manual de diagnóstico e isso pode ser expandido da forma que se quiser, afinal, quanto mais flexível se torna o diagnóstico, mais fácil se torna diagnosticar.

O DSM-5, de certa forma, expande as fronteiras diagnósticas e cria novas desordens, tais como, transtorno da compulsão alimentar periódica e, um dos meus favoritos, transtorno disruptivo da regulação do humor para crianças de seis anos ou menos. Crianças às vezes têm momentos ruins e são birrentas e, segundo esse livro, isso é uma doença e eles a tratam com antipsicótico para crianças de dois, três ou quatro anos. Uma das coisas que Lisa Cosgrove fez em seu laboratório foi pesquisar os grupos de força-tarefa do DSM-IV e DSM-5. Existe a força-tarefa responsável pelo manual como um todo e os grupos menores da força-tarefa responsáveis por categorizar sintomas de transtornos específicos. Lisa descobriu que, tanto no DSM-IV como no DSM-5, a maioria dos envolvidos na força-tarefa, recebia dinheiro das empresas farmacêuticas, 57% e 69%, respectivamente. A questão é, quando estavam fazendo o DSM-IV e 5, a maioria das pessoas envolvidas nos grupos menores, estava recebendo dinheiro das empresas farmacêuticas, e elas queriam as fronteiras de diagnósticos os mais flexíveis possíveis, porque assim se pode diagnosticar mais pessoas. Então, nos perguntamos, por que o DSM é tão importante no Brasil e em outros países? Quando eles fizeram o DSM-III, eles fizeram com que a sua linguagem fosse a linguagem das revistas médicas ao redor do mundo. Então, teria que se usar os diagnósticos do DSM-III se quisesse que sua pesquisa fosse lida em outros lugares e eles sabiam que isso o tornaria a bíblia dos diagnósticos mundo afora.

Gostaria que olhássemos como TDAH foi exportado. Antes de 1980, não havia nenhum transtorno chamado TDAH, e uma das razões que eles o criaram foi porque em

certas escolas estavam dando estimulantes para acalmar as crianças e, a fim de, justificar essa ação, eles precisavam do diagnóstico. Quando o DSM-III foi publicado em 1980, eles disseram que os sintomas proeminentes eram falta de atenção, impulsividade e hiperatividade e que se teria que ter todos eles para ser diagnosticado com TDAH e que o transtorno só ocorre em torno de 3% em crianças pré-púberes. Já no DSM-IV, eles separaram isso, dizendo que há subtipos. Ou seja, se pode ter só a falta de atenção ou ter só hiperatividade impulsiva ou ter os dois. Mas, qualquer uma das opções te leva ao diagnóstico de TDAH e o transtorno, nesse momento, afeta de 3% a 5% de todas as crianças americanas. Nesse momento, Joseph Biederman, do *Massachusetts General Hospital* - que é um hospital muito famoso nos EUA, associado a *Havard Medical School* e que, provavelmente, recebe mais dinheiro das empresas farmacêuticas do que qualquer outro hospital no país -, começa a publicar artigos a cada duas semanas dizendo que é muito mais comum que isso, são entre 6% a 9% das crianças em idade escolar e que, na verdade, essa é uma condição crônica e que é preciso manter as crianças sob medicação para sempre.

O DSM-5, então, afrouxa ainda mais as fronteiras diagnósticas do TDAH e, assim, em 2016, é dito que quase 12% das crianças têm o transtorno. Isso mostra o crescimento do TDAH e se pode perceber que ele cresceu à medida que se criou e se afrouxou as fronteiras diagnósticas do DSM. E aqui observamos a recompensa: entre 1996 e 2011, enquanto Joseph Biederman estava ofertando drogas para TDAH e espalhando esse transtorno mundo afora, ele estava sendo pago por vinte e quatro empresas farmacêuticas, incluindo quatro empresas que produzem estimulantes e, somente uma delas, pagou a ele 1.6 milhões de dólares. Esse é o homem que, basicamente, vendeu o TDAH em suas palestras ao redor do mundo.

Uma coisa que é muito interessante é, começamos a medicar as nossas crianças nos anos 80 e início dos anos 90, e a maioria dos psiquiatras ao redor do mundo disseram: 'esses americanos malucos estão dando drogas para as crianças. Isso é horrível.' Mas, ao passo que essa narrativa estava sendo propagada mundo afora, com os psiquiatras indo de diferentes países para as reuniões anuais da APA, voltando para os seus países e repetindo a mesma história, agora vemos o TDAH sendo diagnosticado ao redor do mundo. É uma nova forma de ver as crianças. Nos EUA também diagnosticamos as crianças com transtorno bipolar juvenil e essas crianças recebem antipsicóticos.

Até agora vimos que em 1980 os problemas psiquiátricos foram reconhecidos como doenças do cérebro, a indústria farmacêutica desenvolve uma narrativa que explica esses problemas como desequilíbrio químico e uma narrativa que diz que há drogas que consertam esses desequilíbrios, que é uma narrativa de "progresso", e há um afrouxamento das fronteiras diagnósticas. Do ponto de vista comercial, essa é uma história do marketing bem-sucedido de um produto. Em 1987, quando o Prozac chegou ao mercado, gastou-se nos EUA 800 milhões de dólares em drogas psiquiátricas e, em 2007, quando eu estava me preparando para escrever *Anatomia de uma Epidemia*, gastou-se 40 bilhões de dólares com essas drogas no país. Então, enquanto uma história de comércio, essas empresas gostam de construir mercados para as suas drogas, essa é uma história de sucesso. Eles construíram um mercado para as drogas. Nos EUA, atualmente, um em cada cinco adultos toma drogas psiquiátricas diariamente e entre os jovens que estão na universidade, cerca de um a cada quatro tem diagnóstico psiquiátrico. Do ponto de vista dos negócios, essa é uma história de grande sucesso.

No início, eu acreditava em toda essa história, mas o que aconteceu foi que eu comecei a pesquisar se a ciência embasava essa história e, rapidamente, descobre-se que ela não o faz. Há uma narrativa de mercado e, enquanto eles conduzem a ciência tentando provar essa narrativa de mercado, percebe-se que ela não é verdadeira. A história do desequilíbrio químico não surgiu de achados de pessoas em depressão, mas sim pelo entendimento de como as drogas agem no cérebro. Então, por exemplo, os neurônios no cérebro se comunicam através de uma conexão que ocorre pelo neurônio pré-sináptico que libera um neurotransmissor, como a molécula de serotonina, em um pequeno espaço entre ele e o neurônio pós-sináptico, essa molécula se liga aos receptores do neurônio pós-sináptico e é dessa forma que as mensagens são transmitidas entre neurônios. Agora, para que essa mensagem seja clara, você precisa remover essa molécula do receptor de forma bem rápida, e existem duas formas para que isso aconteça: ou via recaptação do neurônio pré-sináptico, ou uma enzima chega para metabolizar e cortar o caminho. O que eles entenderam com a primeira geração de antidepressivos foi que eles bloqueiam esse processo normal da serotonina em uma dessas formas, mas agora a serotonina estava ficando mais tempo na fenda sináptica, aumentando a atividade serotoninérgica, então eles hipotetizaram: talvez a depressão ocorra por causa de pouca serotonina.

A outra hipótese bem aceita de desequilíbrio químico no cérebro tem relação com os antipsicóticos, eles viram que os antipsicóticos trabalham bloqueando os receptores de dopamina no neurônio pós-sináptico, dessa forma a dopamina agora não poderia se ligar a esse receptor, diminuindo a atividade da dopamina, então eles levantaram essa hipótese de que a esquizofrenia/psicose teria a ver com muita dopamina. Eles terão, então, que investigar se as pessoas diagnosticadas com esquizofrenia/psicose teriam muita dopamina no cérebro antes de tomarem as drogas psiquiátricas. Primeiro, vamos descobrir que eles não confirmaram essa hipótese. Segundo, veremos que, apesar de nos dizerem que elas são cientificamente validadas como doenças, vinte e cinco anos depois, fizeram uma reunião e disseram que ainda não tinham validado nenhuma dessas doenças e que o DSM havia induzido ao erro.

Enquanto esse modelo de doença foi evoluindo, os desfechos foram piorando. Estudos estão revelando que os desfechos a longo prazo estão piores, veremos que desfechos para esquizofrenia estão piores, o curso da depressão começou a piorar. Esse modelo de doença e as drogas como primeira linha de cuidado estão sendo efetivos? Está ajudando as pessoas a longo prazo, não somente em termos de mitigar os sintomas, mas em relação a funcionalidade das pessoas? E, finalmente, no nível de saúde pública, vemos esse aumento significativo no uso de drogas, teoricamente para tratar doenças, e normalmente quando isso acontece, deveríamos ver uma queda do peso dessa doença. Mas o que acontece é que esse peso aumenta ao invés de diminuir.

Ouvimos entre 1981 e 1984 que estavam descobrindo que o baixo nível de serotonina é a causa da depressão, de fato, essa teoria já estava caindo por terra em 1984. Neste ano, o National Institute of Mental Health (NIMH) fez um estudo sobre isso e disse que ‘elevações ou diminuições no funcionamento do sistema serotoninérgico por si só não é provável estar associado à depressão’. Eles não estavam conseguindo provar que a teoria da baixa serotonina era verdadeira.

Em 1988 um livro da APA já dizia que eles haviam investigado a teoria de baixa serotonina em depressão e concluíram que não há evidência dessa teoria ser verdadeira, mesmo que eles estivessem falando ao público algo diferente. Stephen Stahl, um dos mais famosos psicofarmacólogos dos EUA, escreveu um livro chamando *Essential Psychopharmacology* em 2000, onde dizia não haver evidência clara e convincente de

que a deficiência de monoamina - a serotonina é uma monoamina - explica a depressão. O problema que está surgindo aqui é que estamos organizando o nosso pensamento, cuidado e entendimento de nós mesmos em torno de uma história que está se provando falsa. Esse é o problema, a ciência não dá base a narrativa.

Outros autores fizeram afirmações na mesma linha, como: Alan Frazer, que está investigando o tema desde os anos 1980, disse ‘eu não acredito que exista qualquer dado convincente que qualquer pessoa já encontrou de que a depressão está associada com a perda de serotonina’; John Kane, que foi um famoso médico especializado em esquizofrenia, do Long Island Jewish Medical Center, afirmou em 1994 que não existem grandes evidências de que há mudança na função da dopamina na esquizofrenia; Stephen Hyman, ex-diretor no NIMH, afirmou em seu livro *Molecular Psychiatry* que não há evidência de que uma lesão no sistema dopaminérgico é a principal causa da esquizofrenia. Esses são os principais líderes de pesquisa da APA e eles estão dizendo que não encontraram evidência de que a teoria do desequilíbrio químico é verdadeira.

Kenneth Kendler, co-editor chefe da *Psychological Medicine* era considerado um dos principais especialistas do mundo em investigar a teoria do desequilíbrio químico em transtornos mentais, disse em 2005, ‘nós procuramos por explicações neuroquímicas simples para transtornos psiquiátricos e não as encontramos’. E agora, a minha citação favorita de todas, Ronald Pies, ex-editor-chefe da *Psychiatric Times*, publicou em um blog dizendo, ‘na verdade a noção do desequilíbrio químico sempre foi como uma lenda urbana, nunca uma teoria seriamente proposta por psiquiatras bem informados’. O que ele está dizendo aqui é que eles sempre souberam que essa teoria era falsa. Uma vez eu fui convidado a dar uma apresentação no *Massachusetts General Hospital*, casa de Joseph Biederman, após a publicação do livro *Anatomia de uma Epidemia*, e toda a apresentação era pra acabar comigo, eles diziam, você estava mentindo sobre a gente, você diz que acreditávamos que essa teoria do desequilíbrio químico era verdade, mas nós sabíamos que não era verdade há vinte e cinco anos. Então eu disse: ‘vocês estão certos, vocês sabiam há vinte e cinco anos atrás que não era verdade, só se esqueceram de contar isso ao público!’, e todos concordaram com um balançar de cabeça.

Na pesquisa *survey* que eu mencionei de 2006, 87% dos americanos já acreditavam que esquizofrenia era causada por um desequilíbrio químico, 80% pensavam

que a depressão era causada por baixa serotonina, esse era o problema. Temos a sociedade acreditando em uma coisa, que é uma história de mercado, e a ciência contando uma outra história.

Mas tem uma parte dessa história muito perturbadora, quando eles começaram a investigar o que acontece com as pessoas que usam essas drogas, eles acharam, por exemplo, em pacientes depressivos que: antes deles começarem a usar as drogas psiquiátricas, eles não tinham nenhuma anormalidade no sistema serotoninérgico, mas depois de começarem, eles passaram a ter. Isso porque o cérebro é um órgão plástico e busca manter um equilíbrio homeostático, esse é o seu funcionamento normal, mas se existe uma droga que aumenta a atividade da serotonina, o cérebro freia a sua própria produção serotoninérgica. Ou seja, os neurônios pré-sinápticos soltam menos serotonina e os neurônios pós-sinápticos diminuem a densidade dos receptores de serotonina. A ironia é que a droga cria a anormalidade hipotetizada como a causa do problema.

No artigo de Steven Heyman, diretor do NIMH na época da publicação do artigo em 1996, ele diz que: o que a medicação psiquiátrica na verdade faz é perturbar a neurotransmissão normal e, em resposta a isso, o cérebro produz uma série de adaptações para manter o equilíbrio homeostático; que a administração crônica das drogas causam mudança substancial e de longa duração neurofuncional; e que depois de algumas semanas o cérebro dessa pessoa funciona, qualitativamente e quantitativamente, de uma maneira diferente do que a do estado normal. A história verdadeira é que não sabemos o que está errado, mas sabemos que essas drogas perturbam a função normal e, em resposta a isso, o cérebro faz uma série de adaptações na presença da droga e, assim, podemos entender como pode ser difícil deixar de usar essas drogas, afinal o seu cérebro se acostuma com elas. Basicamente o que vemos nessas citações é que o DSM-III está sendo desconsiderado por falta de validade.

Segundo Nancy Andreasen, editora do *American Journal of Psychiatry* em 2007, disse que o diagnóstico baseado no DSM-III não é útil para pesquisa por conta da sua falta de validade. Em outras palavras, eles não foram capazes de encontrar informação que mostrasse que os marcadores biológicos da esquizofrenia são diferentes dos do transtorno bipolar, ou da depressão; eles não conseguiram encontrar associações genéticas com os transtornos e essas são as coisas que ajudam a estabelecer validade. O

que também ajudaria a estabelecer validade é que se você tem esquizofrenia, por exemplo, você responderia apenas a um tipo de medicamento, mas as drogas são misturadas o tempo todo. Já Allen Frances, arquiteto do DSM-IV, disse em 2012 que os transtornos do DSM deveriam ser vistos como um constructo em oposição a doenças encontradas na natureza. Thomas Insel, diretor do NIMH, disse em 2013: ‘a força de cada edição do DSM tem sido a confiabilidade - cada edição tem garantido que os profissionais de saúde usem o mesmo termo da mesma forma. A fraqueza é a sua falta de validade.’ Em 2013, Stephen Hyman, ex-diretor do NIMH, disse que o DSM está totalmente equivocado e é um pesadelo científico, e contém categorias diagnósticas amplamente aceitas, mas fictícias. Garanto que os psiquiatras estão usando concepções do DSM-III e a literatura científica diz que isso não é válido como categoria diagnóstica.

O que está acontecendo com as taxas de recuperação desde 1975 nesse modelo de doença na Era Moderna para a esquizofrenia? Elas têm caído, têm piorado. Recuperação significa uma pessoa assintomática e funcionando bem em sociedade. As taxas estão piores do que eram no primeiro terço do século XX. Um estudo, conduzido por um psiquiatra e um psicólogo em Illinois, contou com 200 participantes, uma parte em um hospital privado e outro público, que tinham tido alta após serem tratados convencionalmente no hospital. Os pesquisadores, então, os acompanharam nas marcas de dois anos, quatro anos e meio, sete anos e meio, dez e quinze anos. A hipótese era de que pacientes que tomam antipsicóticos regularmente terão melhores resultados. Eles acabaram descobrindo, na verdade, que aqueles que desistiram do tratamento na marca de dois anos, parando de tomar a medicação, tinham, até o momento, melhores prognósticos. E olha o que acontece no segundo ano e quatro anos, quando eles saíram do tratamento, continuavam psicóticos, mas melhoraram com o tempo. Percebemos que a recuperação é oito vezes maior, do que aqueles que continuaram o tratamento. Martin Harrow, um dos pesquisadores desse estudo, disse no encontro anual da APA em 2008: ‘Concluo que pacientes com esquizofrenia que não tomam medicação antipsicótica por um longo período têm um funcionamento global significativamente melhor do que aqueles que tomam antipsicóticos.’ Esse é o melhor estudo longitudinal sobre o assunto conduzido na Era Moderna e quantos de nós já ouvimos falar dele?

Os psiquiatras estão tentando nos contar uma história que protege o poder corporativo psiquiátrico e das empresas farmacêuticas, então, o que acontece se eles

publicarem essa informação? O que acontece com essa narrativa de progresso quando descobrirmos que o índice de recuperação é oito vezes maior para aqueles que não usam medicação? Eles não podem publicar isso, esse é o problema, eles têm dificuldade em publicar exatamente pelos resultados serem como são, agora imagine o oposto, se os resultados fossem melhores com quem usou a medicação, todos saberíamos disso. Esse é o problema que temos, é um problema de fluxo de informação. Nos contaram essa narrativa que beneficia a psiquiatria e as companhias farmacêuticas, mas tragicamente não é a narrativa que existe na ciência. Esse é o problema que temos com a patologização desse modelo de doença.

Antigamente, entendia-se que até nas depressões hospitalizadas poderia se ter uma melhora de 85% no final de um ano, isso foi o que aconteceu com o meu pai, ele ficou muito depressivo depois que voltou da Guerra, acho que eles chamariam de Transtorno de Estresse Pós-traumático atualmente. Mas, eventualmente, ele ficou bem, por volta de seis meses depois. E era isso que você via, as pessoas gradualmente iam ficando melhor depois de um ano, 85% ficavam sem sintomas, até mesmo naqueles hospitalizados, 50% nunca mais teriam outro episódio a longo prazo, havia um outro grupo que a cada 3 anos teria um outro episódio, mas apenas 20% ficariam cronicamente doente.

Em um ensaio clínico, o maior já conduzido sobre antidepressivos, financiado pelo NIMH com pessoas não-hospitalizadas, os pesquisadores concluíram que 67% dos quatro mil participantes do estudo admitiram que os sintomas sumiram e ficaram completamente bem, isso foi o que os pesquisadores contaram ao público. E isso não era verdade, era mentira e, nesse momento, estamos engajados em um esforço de que esse estudo seja retratado.

A verdade era que dos 4.041 participantes no estudo, apenas 35% ficaram bem por ao menos um dia, mas em seguida eles os colocaram em um ensaio clínico de acompanhamento, deixando-os com a medicação para ver se permaneciam bem ao final de um ano. No final desse período, dos 4.041 participantes, apenas 108 pessoas não tiveram recaída e ficaram bem durante esse período. Essa é uma avaliação documentada de 3%. O que eles fizeram foi usar de todo tipo de mecanismo para esconder esse resultado, incluindo pessoas que não estavam nem depressivas no início do estudo, pessoas que imaginavam que estavam bem. Vocês podem ler sobre isso no *Mad in*

America, documentamos a fraude em cada etapa do processo desse estudo. O que eles descobriram foi que a depressão está em um caminho crônico atualmente, isso foi o que encontraram aqui.

Em outro estudo realizado por seis anos, observaram que se você é tratado com antidepressivos você tem três vezes mais condições de perder o seu papel social, como trabalho, por exemplo, e seis vezes mais chances de se tornar incapaz. Isso é o que se pode ler na literatura, a depressão costumava ser episódica, agora tem mais chances de se tornar um problema crônico. Esse homem, Giovanni Fava, psiquiatra italiano, disse em 1995: 'Drogas antidepressivas para o tratamento de depressão podem ser benéficas a curto prazo, mas causar piora da progressão da doença a longo prazo por aumentar a vulnerabilidade bioquímica para depressão...' - Ao dizer o aumento da vulnerabilidade bioquímica para depressão, ele está falando da mudança no cérebro causada pelas drogas. - 'O uso de drogas antidepressivas pode levar o curso da doença para irresponsividade ao tratamento e maior malignidade.' Então deixe eu perguntar a vocês.... As pessoas devem saber disso? As pessoas devem saber essa informação? Essa informação nos foi dita? Esse é o problema.

O médico, Rif El-Mallakh, é um dos maiores especialistas em transtornos de humor nos EUA. Em 2011, ele disse: 'É proposto que ocorra um estado depressivo crônico e resistente ao tratamento em indivíduos expostos a antagonistas potentes de bombas de recaptação de serotonina (por exemplo, os inibidores seletivos de recaptação de serotonina – ISRS)', - em outras palavras, drogas antidepressivas. - 'Por se manifestar tardiamente, esse estado crônico será rotulado como disforia tardia.' - O que significa que a disforia, a depressão ocorre depois. - 'Disforia tardia se manifesta como um estado disfórico crônico que é inicialmente e transitoriamente aliviado – e depois passa a não responder – com uso de medicação antidepressiva.' Então eles estão dizendo, olhando para as pesquisas que investigam o uso a longo prazo, que essas drogas podem estar induzindo um estado crônico de depressão. No último estudo de longo prazo feito nos Estados Unidos se encontrou a mesma coisa e o uso de antidepressivos foi associado a prognósticos piores aos nove anos de uso.

Eu não entrarei muito nisso, mas o curso do transtorno afetivo bipolar piorou significativamente nos últimos 20 anos, as pessoas têm tido muito mais do que é chamado

de ciclos rápidos e uma piora funcional maior. Essas três pessoas, Carlos Zarate, Ross Baldessarini e Fred Goodwin, são os principais especialistas em transtorno afetivo bipolar. Carlos Zarate disse: 'Na era antes da farmacoterapia, um prognóstico ruim para um estado de mania era raro.' - Ou seja, as pessoas ficavam um tempo em mania, mas depois voltavam, retornavam a trabalhar, por exemplo. - 'No entanto, estudos modernos de prognóstico têm encontrado que a maior parte dos pacientes bipolares têm alto grau de comprometimento funcional'. Isso é porque eles têm medicado a longo prazo e frequentemente com polifarmácia. Ross Baldessarini é o pesquisador mais famoso nos Estados Unidos para desfechos com drogas psiquiátricas desde a década de 1950. Ele diz a mesma coisa, o prognóstico costumava ser bom, agora é ruim. Fred Goodwin já foi o chefe do NIMH e o que ele diz? 'A doença foi alterada. Hoje nós temos muito mais ciclagem rápida do que existia durante a primeira edição deste livro, mais estados mistos do que descrevemos na primeira edição, mais resistência ao tratamento com lítio. A doença não é mais o que costumávamos escrever.' Todos os três estão dizendo que agora as pessoas têm mais prejuízo funcional do que quando eles começaram o diagnóstico.

A última coisa a respeito das drogas: essa ideia que está na literatura científica de que as medicações ao longo do tempo induzem mudanças que são o oposto do que elas deveriam fazer. Então, um antidepressivo a curto prazo aumenta os níveis de serotonina, o problema é que ele leva o seu corpo a um estado serotoninérgico baixo, isso é chamado de tolerância de oposição, e todas as drogas psiquiátricas têm esse efeito, elas levam o corpo, o estado fisiológico do corpo, ao oposto do que a droga faria. E o que eles dizem? 'O tratamento continuado com medicamentos pode induzir processos opostos ao que a medicação originalmente produziu. Isso pode causar uma piora na doença, continuar por um período de tempo mesmo após a descontinuação da medicação e pode até não ser reversível.' Vejam como é profunda a preocupação nessa literatura científica, e pense nisso com crianças, se dermos um medicamento e elas usarem esse medicamento por tempo o suficiente, elas podem ter mudanças no cérebro que podem não ser reversíveis. Eu tenho certeza de que tem pessoas nessa plateia que estão em uso de medicação, mas essa não é uma história anti-medicações. É uma história sobre consentimento informado. As pessoas precisam saber a realidade do que esses medicamentos fazem, precisam saber a realidade dos desfechos a longo prazo e aí elas podem decidir como usar os medicamentos. E como elas podem usá-los junto de outras formas de terapia.

Eu abordo isso como um jornalista, meu trabalho enquanto jornalista é ser um comunicador dessa ciência para as pessoas. E, primeiramente, quando eu fiz isso, eu liguei para especialistas e eles me contaram sobre desequilíbrios químicos e foi sobre isso que eu escrevi. Mas o que aconteceu nessa jornada inteira que eu trilhei é que, eventualmente, eu perguntei a um dos especialistas se ele poderia me mostrar a literatura científica em que se encontra que pessoas com depressão têm serotonina baixa. Onde se encontra que pessoas com esquizofrenia tem muita dopamina. O que me disseram foi: *é só uma metáfora. Não é verdade. Nós falamos isso para que as pessoas entendam por que elas precisam tomar as medicações.* Para mim, enquanto jornalista, eu não posso transmitir informações falsas às pessoas. Isso foi o começo de tudo para mim. Então, eu fui à literatura científica e, realmente, não encontrei evidências disso.

Vamos ver agora o número de pessoas em que se constatou uma incapacidade por doença mental. Em 1987, quando o Prozac chegou, existiam cerca de 1,5 milhões de pessoas com incapacidades por doenças mentais; em 2009, já eram quase 5 milhões. Um grupo no parlamento inglês me pediu para fazer uma apresentação sobre incapacidade e o uso de antidepressivos. O que eu fiz foi olhar para incapacidades por conta de transtornos de humor em países diferentes e o uso de antidepressivos. O que você encontra é que os gráficos são muito parecidos. Temos aqui os gráficos dos Estados Unidos, Reino Unido, Austrália, Dinamarca, Islândia, Suécia, em todos esses países vocês podem ver que quanto mais pessoas fazem uso de antidepressivos, existem mais incapacidades devido a transtornos mentais. Esse gráfico em específico quebra meu coração. Começamos a medicar nossas crianças com estimulantes, antidepressivos, antipsicóticos e agora temos mais de 800 mil pessoas com incapacidades (para qual o governo paga um auxílio). E quando eles viram adultos, eles entram para o sistema como adultos incapazes. Então, basicamente, existe agora um caminho nos Estados Unidos: diagnosticar crianças, medicá-las e transformá-las em pacientes para a vida toda.

Agora temos chamados das organizações mais importantes do mundo dizendo que esse modelo de doença falhou e que nós temos que repensar o que estamos fazendo. Esse é da ONU, que diz: 'Existe agora evidência inequívoca das falhas de um sistema que se baseia fortemente no modelo biomédico para serviços de saúde mental, incluindo o uso excessivo de psicotrópicos, mas ainda assim esses modelos persistem. Esse padrão ocorre em países com as mais diversas rendas nacionais. Representa uma falha na integração de

evidências e das vozes daqueles mais afetados por essas políticas e uma falha em respeitar, proteger e garantir o direito à saúde.' Isso está vindo da ONU. E é a mesma coisa com a OMS. A OMS disse que nós precisamos mudar a forma de pensar. 'Uma mudança fundamental no campo da saúde mental é necessária de forma que a situação atual se encerre. Isso significa que precisamos repensar políticas, leis, sistemas, serviços e práticas em todos os setores que afetam negativamente pessoas com condições de saúde mental e fragilidades psicossociais, garantindo que os direitos humanos estejam em todas as ações do campo da saúde mental.'

O que vimos até aqui é que na década de 1980, os Estados Unidos adotaram uma nova forma de pensar sobre sofrimento psíquico. Passam a dizer que a doença está no cérebro, que o problema é o indivíduo, não o espaço entre eles, não nos ambientes. Estamos nessa narrativa há 40 anos. Nos contaram que essa era uma narrativa de progresso e o que a ciência nos disse? Que isso não é verdade. E se você organiza sua forma de pensamento e o cuidado que você oferece baseado em uma narrativa científica falsa, você espera ter bons resultados? Você não terá. O oposto aconteceu.

Amanhã falaremos sobre alternativas. Nós temos que rejeitar essa narrativa antiga, rejeitar aquele modelo de doença e reconceitualizar o que é possível. A parte otimista dessa história é que se voltarmos no tempo o suficiente, a maior parte dos episódios psiquiátricos são pontuais e se você mudar o ambiente, as pessoas geralmente melhoram.

Obrigada.

PAULO AMARANTE

Muito obrigado, Bob, uma vez mais por sua fala, pelas questões, reflexões e denúncias que você traz sobre essa forma de fazer psiquiatria, essa prática de medicalização. Eu vou abrir a palavra para quem quiser trazer perguntas e comentários. Enquanto isso vou falar um pouquinho. Eu estava lembrando muito, fazendo uma conexão com o Sidarta Ribeiro, deste artigo que estamos finalizando para a *Nature of Mental Health*. É importante que psiquiatras que tenham esse comprometimento ético precisam se envolver numa outra forma de pensar a psiquiatria. E como a psiquiatria tem se empobrecido. Isso é um pouco o núcleo do trabalho que estamos fazendo com o Sidarta.

A psiquiatria abandona as psicologias, a psicanálise, as ciências sociais humanas, a antropologia, os saberes das terras, das culturas, sobre os mitos, as tradições, que também constroem as experiências de vida, nossa subjetividade. A psiquiatria está se empobrecendo em todos os sentidos, a tal ponto que eu, como psiquiatra que seleciona pessoas para trabalhar, para fazer cursos, fico impressionado com o nível empobrecido de leitura que os psiquiatras têm. Não leem nem mais os clássicos da psiquiatria, que construíram o campo de conhecimento, que construíram reflexões. Não leem mais nada de filosofia, de existencialismo. Como falar de esquizofrenia, de cultura, sem ler Dostoievski? Como falar de loucura sem ler Machado de Assis? O quanto a gente aprende com o cinema, com a arte, com a cultura, com as tradições. Então, é impressionante, me dá até mal-estar... O que você está lendo, então? Além do que o representante de laboratório te dá? Ou do DSM, que se transformou no que eles chamam de bíblia? Olha só, que expressão, a bíblia da saúde mental! É impressionante como essa perda está nos limitando na compreensão da experiência humana, do sofrimento humano, que vive reduzido a só "mental" ou "psíquico", na verdade é humano, é complexo.

Como enfrentar esse processo de formação, de blindagem que se faz com a formação psiquiátrica? Uma formação profissional comandada e controlada pelas associações psiquiátricas e absolutamente financiada por laboratórios. Os congressos parecem mais feiras de vendas de medicamentos, shoppings centers de medicamento, com premiação, com brindes. Eu tenho um livro que fiz de histórias minhas em que descrevo uma história do laboratório distribuindo medicamento junto com balas e filas de psiquiatras para ganhar a caixinha de medicamento com bala. Inclusive é uma ofensa ao profissional que prescreve uma tarja preta mas há uma mensagem subliminar de que ele prescreve balinhas. Para que ele perca a seriedade, o compromisso com a especialidade que ele está fazendo. Então a formação psiquiátrica, a concessão do título, é um absurdo que uma formação profissional seja concedida, autorizada, não pelo Estado diretamente, mas por associações comandadas por interesses mercantis, que é o caso das associações de psiquiatria.

Temos uma rede na luta antimanicomial de psiquiatras, mas nós perfuramos uma barreira. Porque a grande maioria tem esse comando da formação, das residências, dos cursos, dos programas de educação continuada em psiquiatria, que na verdade são programas de atualização de novos medicamentos, como substituir medicamentos antigos que são mais baratos pelos lançamentos do mercado. Eu teria muitas perguntas para fazer para o Bob, mas me chamou atenção quando ele fala nos números crescentes de processos,

talvez não a judicialização, mas judicializar seja importante.... Por exemplo, nós fizemos um trabalho com uma doutoranda que estudou comigo, Mariana Rangel, avaliando crianças de dois anos que já tinham recebido prescrição de ritalina. Hoje crianças muito novinhas já estão sendo diagnosticadas e medicadas por pessoas que têm muito pouca informação sobre o que eles estão prescrevendo, como o Bob demonstrou. Porque as pesquisas mais críticas, mais sérias, não chegam ao público. Daí a importância de fazer com a Fundação Oswaldo Cruz, uma entidade de pesquisa, de ciência, de formação, de produção de políticas, um trabalho com a rede *Mad*, porque eles identificam pesquisas sérias, importantes, que não chegam ao público, que não chegam aos profissionais que prescrevem, porque estes são formados dentro dessas bolhas, dessas caixinhas, e não conseguem saber de fora. Então é muito importante que a gente crie esses mecanismos, esse seminário, o *Mad*, outras formas de formação, a ABRASME sem dúvida alguma é um desses espaços, que foi criado para ser um espaço alternativo a essa formação especializada de cada categoria na sua caixa, que possa pensar o contexto, que a gente pense o sujeito lembrando Ortega y Gasset, o filósofo, o sujeito, a pessoa, na sua circunstância, que evidentemente não podem ser separados.

Quem quiser fazer perguntas pode se aproximar.

PERGUNTA:

Eu queria agradecer ao Whitaker pela palestra. Sou Marcos, professor de farmacologia da UERJ, há algum tempo já se sabe que as teorias monoaminérgicas para explicar a depressão são furadas, são lendas urbanas. Só que os livros de farmacologia, que formam médicos, lá na base, que depois vão formar psiquiatras, continuam falando de teoria monoaminérgica. Nas últimas edições do Stahl é que a gente vê alguma coisa diferente, mas é curioso como o lobby da *big pharma* produz até os saberes, a formação básica do médico baseada nesses mitos. É menos uma pergunta e mais para reforçar o que está sendo dito aqui e reforça a importância de seminários como esse que possam ter um alcance cada vez maior. Porque temos que entrar nas comunidades e nas casas que formam profissionais de medicina, que formam profissionais de enfermagem, que formam psicólogos. A UERJ é uma dessas casas, aliás estamos em período de eleições lá, espero que mudemos um pouco os rumos da UERJ. Mas essa discussão tem que ser levada

para os congressos, para o público em geral. É isso e mais uma vez queria agradecer pela oportunidade e pela palestra, que bom que a gente pode multiplicar essa discussão.

PERGUNTA:

Boa tarde, eu sou Fabrícia, psicóloga, trabalho no SUS na prefeitura de Macaé, por muitos anos trabalhei em um CAPS, atualmente trabalho em um Centro de Referência do Adolescente e em um núcleo de saúde mental. Eu acho esse momento muito importante para que a gente possa repensar a nossa prática profissional já que estamos em uma sociedade altamente medicalizada. Eu fiquei pensando quais seriam as alternativas de desmedicalização que o SUS pode construir. Há cerca de dois anos eu fiz uma pesquisa de mestrado em que eu pude estudar as práticas integrativas e complementares em saúde (PICS), que eu acredito que sejam um grande potencial para que a gente possa desmedicalizar. Mas, para que isso aconteça, é preciso haver mais conhecimento sobre as PICS. Importante que a academia se aproprie também desse tema. Eu penso que desmedicalizar é oferecer outras possibilidades e é isso que as PICS podem fazer. Então, seria uma reflexão que eu gostaria de trazer.

Uma outra coisa que me deixou inquieta ouvindo a palestra é a de como desmedicalizar diante de uma realidade tão dura, tão difícil, de tanta miséria, que às vezes encontramos? Como tirar a medicação se a qualidade de vida está tão empobrecida? Se a gente ainda não tem uma efetiva articulação entre saúde, educação e habitação? Isso ainda é muito distante da realidade. Então fica a questão... O que fazer? Será que a gente vai continuar construindo essa saúde pública tão medicalizada onde os usuários ficam 20, 25 anos usando medicação em quantidade excessiva?

PAULO AMARANTE

Obrigado.

PERGUNTA:

Boa tarde, meu nome é Anne, eu sou psicóloga. A gente vê que hoje em dia, especialmente a galera mais jovem, adolescentes e crianças, quem está nas mídias sociais

de um modo geral, tem uma identificação muito grande com os diagnósticos. E quando você tenta fazer um questionamento, por exemplo, "ah, ok, você recebeu um diagnóstico de TDAH, mas o que isso significa para você?", automaticamente já vem uma postura muito defensiva, "você retirar o diagnóstico seria retirar uma parte da minha própria identidade que me coloca no mundo de alguma maneira". Como é que a gente abre um diálogo com essa galera? Como a gente sustenta um diálogo de redução da medicalização, de uma redução dos diagnósticos, de um questionamento do DSM, com as pessoas cuja identidade está colabada com o diagnóstico?

Obrigada.

PERGUNTA:

Boa tarde!

Obrigada pela palestra e pela oportunidade. Eu sou Carol, sou jornalista também e foi muito interessante encontrar seu trabalho para poder pensar o espaço do jornalismo nessa discussão. Eu queria aproveitar a oportunidade para te perguntar, eu já li algumas coisas suas em relação a isso, mas quero te escutar também falando.... Você disse muito aqui sobre as mentiras em relação aos diagnósticos e as drogas psiquiátricas, mas eu queria ouvir também sobre um debate que talvez seja mais contemporâneo, ou mais urgente, pelo menos aqui no Brasil, em relação a prevenção do suicídio. Como esse debate da prevenção do suicídio tem sido um campo muito rico para que a psiquiatria e psicologia entrem para controlar o discurso e controlar os modos de pensar e de viver o suicídio como um problema social, mas sobretudo psiquiátrico. Como é que a gente pode pensar sobre isso? Queria que você falasse um pouquinho. Obrigada.

PAULO AMARANTE

Obrigado, Carol. Bob...

ROBERT WHITAKER

Bom, a primeira coisa sobre a qual se falou, isso é um problema sério. Muitas pessoas não sabem dessa história. Em outras palavras, elas são educadas nessa narrativa e é esperado que elas seguem essa narrativa, esse é o problema. Temos essa geração de

informação que está acostumada a treinar enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, e eles não sabem a literatura científica. Mas quando você termina sua formação você acha que sabe, afinal você acabou de se formar. E, então, é esperado que você siga o que você aprendeu quando estiver atuando profissionalmente. Você pode dizer, então, que os prescritores também são vítimas. Eles não receberam informações sobre como usar essas drogas de forma responsável. Outra coisa importante é que não sabemos fazer a retirada dessas medicações, porque não foi estudado, não estivemos pensando sobre isso.

Cerca de seis anos atrás, e Paulo foi parte disso, eu fundei o *International Institute for Psychiatric Drug Withdrawal* (Instituto Internacional para Retirada de Drogas Psiquiátricas), agora ele é sediado no Reino Unido e coordenado por outras pessoas. Uma das questões é descobrir o que acontecia com as pessoas. O cérebro volta ao normal? Como você retira essas drogas? E esse tipo de coisa. E me aproximando da segunda pergunta, é mais do que retirar as medicações, você tem que fornecer outros tipos de apoio, outras coisas a serem feitas. Você pára de pensar somente na retirada da medicação. Por exemplo, nós escutamos um lindo grupo de música hoje, se é possível envolver crianças em uma tarefa como essa, que tem tanto significado, isso traz um senso de comunidade, de orgulho, essa é uma alternativa que sabemos funcionar. Criar um novo ambiente. Então quando você tenta retirar a medicação, também é convidar a uma mudança de pensamento, de ambiente, de como você interage com os outros. Eu conheço um programa, por exemplo, que ajuda as pessoas a interromper o uso de substâncias, incluindo antipsicóticos, é um grupo em Connecticut. Eles fazem o seguinte, e isso com pessoas que vieram do hospital com diagnósticos sérios: eles têm um programa em que você recebe psicoterapia grátis, mas você tem que pagar por isso. O jeito que você paga é se voluntariando por duas horas na semana, seja preparando comida para idosos, trabalhando em um abrigo de animais, esse tipo de coisa. Assim, a pessoa ganha sua psicoterapia. O que eles dizem é que o mais importante é que as pessoas saiam de casa e, assim, elas não são sempre as pessoas que estão sendo ajudadas, afinal, elas estão ajudando os outros. Isso é uma mudança na sua percepção do *eu*. O que acontece é que eles estabelecem uma relação com esses idosos ou com os animais e com as outras pessoas que trabalham nesses lugares. Esse é um exemplo de uma alternativa que constrói relacionamentos e também muda a percepção da pessoa sobre si mesmo, oferece significado, momentos em que elas não estão pensando somente em suas dificuldades.

Ao abordar essa questão, de como ajudar as pessoas a mudarem seu pensamento e sair da medicação, às vezes, se você provocar uma mudança no pensamento, mas a

peessoa ainda tomar os remédios pode ser ok também. Quando eu escrevi *Anatomia de uma Epidemia*, entrevistei cerca de 100 pessoas, todo mundo que melhorou tinha a história de uma relação. Todas essas pessoas tinham uma história de estabelecerem uma relação de algum tipo que mudou sua vida. Todos nós sabemos que isso é verdade, todos precisamos de relacionamentos. Então, quero dizer que quando falamos sobre retirada de medicamentos não é somente o processo de retirar as medicações, mas também como você transforma os pensamentos, o que entra um pouco na terceira pergunta de que as crianças estão construindo um tipo de identidade com o diagnóstico. Você consegue imaginar fazer qualquer outra coisa com uma criança além de dar a ela uma identidade de que ela é defeituosa? De que elas são um problema, um problema crônico? Essa é a pior coisa que você pode fazer com uma criança. Se está dizendo para elas que elas são fracas, que não são resilientes, que serão assim para sempre. Não é uma identidade que as ajuda a trilhar caminhos bons na vida.

Nos Estados Unidos, atualmente, 25% das pessoas chegam na universidade com um diagnóstico e elas dizem "eu sou", "eu tenho TDAH". 50% frequentam um serviço psiquiátrico durante seu período da faculdade. Quando eu fiz faculdade, eu não soube de ninguém que frequentou um serviço de saúde mental. Não estava no nosso léxico pensar em nós mesmos dessa forma. A gente pensava que tínhamos muitos problemas, mas era somente parte do mundo que nós vivíamos, o jeito que nós pensávamos sobre nós mesmos. E eu conheci pessoas suicidas na faculdade. Mas o discurso da época era outro. Então, isso de dar identidades para as crianças é tão danoso e o mesmo acontece nos Estados Unidos. Eu não sei se no Brasil é assim, mas eles recebem mais tempo nos estudos, mais apoio. Literalmente, ao invés de eles dizerem que conseguem fazer como todo o resto, eles internalizam a ideia de que eles não conseguem. Isso é um peso muito grande, pois piora a percepção sobre si mesmo. É triste saber que isso também acontece no Brasil. E isso é algo novo, pessoas que nasceram antes dos anos 1980 não falavam sobre si mesmas dessa forma. Isso é um dos resultados desse modelo de doença, esse novo jeito de pensar sobre nós mesmos. E eu, honestamente, penso que é a filosofia do ser mais empobrecida que já tivemos. Completamente diferente das filosofias de textos filosóficos, que você vê no teatro, nos textos religiosos, todos esses textos falam de como os seres humanos são emocionais.

Entrando na pergunta da jornalista, sobre suicídio, porque é disso que eles falam, 'ah, nós precisamos de todos esses programas de conscientização sobre suicídio'. A OMS passou a fazer isso ao redor do mundo em 1990 e sabe o que aconteceu em todos os países

em que se introduziu esse programa? O suicídio aumentou, porque coloca na cabeça das pessoas que talvez elas devam ser suicidas. Esses programas começaram no início dos anos 1990 nos Estados Unidos, nós temos taxas de suicídio crescentes desde os anos 2000, em todas as categorias de pessoas, mulheres adultas, crianças, e nós temos mais programas de conscientização do suicídio que você pode imaginar. Mas se realmente olharmos para a evidência, e eu posso indicar um artigo chamado 'Suicide in the age of Prozac', esses programas não funcionam. Esse é o problema, porque, de novo, é uma mensagem de que algo está errado dentro de você e na verdade encoraja você a ser suicida, mas também, pelo menos nos Estados Unidos, se você começar a dizer que é suicida, eles te colocarão em um hospital. Você liga para um número de apoio, eles vão até a sua casa com a polícia e te levam para um hospital. Isso deixa as pessoas mais suicidas do que qualquer outra coisa, terem sido internadas involuntariamente. Ao mesmo tempo, existem grupos de apoio mútuo em Massachusetts em que se pode ir e falar sobre suicídio, e está tudo bem. Se você está com pensamentos suicidas não ligue para uma dessas centrais de suicídio, liguem uns para os outros. Agora está sendo promovida essa forma de falar sobre suicídio. E nesses grupos não estão havendo suicídios, porque, na essência, está tudo bem falar sobre isso, eles têm alguém para quem ligar, também estão sendo montadas casas para onde você pode ir e relaxar, passar um pouco de tempo, sem ser em um hospital. A gente precisa abordar isso, esses sentimentos. Mas por que pessoas se sentem suicidas? Geralmente é um problema no seu ambiente, pobreza, falta de oportunidades. Também quando falamos de suicídio colocamos toda a culpa no indivíduo e não estamos falando das condições da sociedade que levam a isso, esse é outro problema dos programas de conscientização do suicídio, todos dizem que o problema está no indivíduo.

PAULO AMARANTE

Estou acompanhando também as perguntas da internet, inclusive quero fazer uma saudação ao Ernesto Venturini e a Stella Goulart que estão na Itália assistindo, vi várias pessoas escrevendo que estão assistindo e nos cumprimentando e saudando. Sei que a pergunta não foi para mim, mas queria aproveitar para falar de como retirar as drogas, lembrar que os medicamentos são drogas psiquiátricas, estamos tirando aquilo que o Estado, a saúde, a medicina, a psiquiatria poderia dar, que são drogas. Mas se nós sabemos que as drogas são piores para essas pessoas, nós temos que tirar. Nós temos que, de alguma forma, trabalhar com elas, estou dando algo que hoje eu tenho informação mais

segura, tenho possibilidades de saber de maneira mais segura que essa medicação não resolve o problema dela, pelo contrário, a está piorando, está agregando outras consequências piores, para além da fome, da miséria, do medo, da pobreza, a médio e longo prazo. Isso nós temos hoje condição de dizer.

A outra questão que a Anne falou é que hoje as pessoas se identificam com uma identidade patológica como forma de ganho secundário, ganho terciário... O meu problema não é meu, eu tenho uma doença que me traz esse problema. O Ivan Illich, um dos pioneiros da discussão de medicalização, já dizia, 'quanto mais a nossa vida for controlada, dominada pela medicina, mais nós perdemos autonomia enquanto cidadãos, mais perdemos direitos'. Eu não sou mais o Paulo, eu sou o paciente com o diagnóstico "tal". Na medida em que eu vou ficando cada vez mais dependente de médicos, de consultas, de psicólogos, de exame, de hospitais, de lidar com a minha doença e não consigo, eu vou perdendo a minha identidade e isso é claro, ficou claro na pergunta que o Enzo fez hoje sobre o neoliberalismo, o hiperliberalismo, o quanto nós vamos perdendo as nossas questões. São sociais, são políticas, são de ordem conjuntural, estrutural, etc, e vai ficando na gente. Então, é isso, eu não sou depressivo porque vivo numa comunidade, o Sidarta falou isso várias vezes, porque aqui na Fiocruz hoje nós paramos um pouquinho por conta da falta de luz, a gente para de trabalhar aqui muitas vezes por excesso de bala, você anda pelos andares e tem programa de contingência em caso de tiroteio, a gente vive assim. Imagina as pessoas na comunidade? Em um dia tem um tiroteio, no outro dia o ambulatório está lotado de mulheres com problemas emocionais, com diarreia, menopausa adiantada ou atrasada. Crianças têm as aulas suspensas, etc., mas, não, para a narrativa o meu problema é recaptação de serotonina.

Você estava falando de universidades quando falou de suicídio. A USP, uma das maiores universidades do mundo, tem o maior índice de suicídio. Há pouco tempo atrás a faculdade teve que suspender as aulas porque estavam tendo suicídios atrás de suicídios. Parece que um suicídio chamava o outro, abria a ideia, "é realmente uma solução nesse caos que eu vivo, nessa falta de perspectiva geral". Então as pessoas criaram serviços de atenção, de prevenção ao suicídio, mas não pensaram na instituição. Porque uma instituição tão boa, que deveria ter um padrão de qualidade de vida tão bom, tem tanto suicídio? O que a universidade representa, por exemplo, para pessoas que entram por cotas e são rejeitadas, desrespeitadas, porque vieram de certa linha social? Como a universidade, cada vez mais a gente vê aqui nos nossos programas, o sofrimento intenso dos mestrados, doutorandos, a necessidade de produtividade, uma produtividade

artificial, cada vez menos se valoriza a pesquisa, uma série de questões assim. Sei que a pergunta não foi para mim, mas... E temos algumas outras perguntas aqui, sobre uma previsão de reimpressão do livro *Anatomia de uma Epidemia*. A previsão é que daqui a pouco sai. Outros livros também, o da Leandra, cuja capa é da Rogéria. E temos duas outras perguntas para o Bob, uma a pessoa pergunta se você considera estranho, suspeito, que a *Associação Psiquiátrica Americana* (APA) tem indicado frequentemente a utilização de terapia cognitiva comportamental como complementar ao uso de medicamentos e porque a APA faria isso. A segunda pergunta é se você tem alguma leitura sobre o crescente e assombroso aumento de diagnósticos de transtornos do espectro autista.

Ana tem uma pergunta também? Pode fazer.

PERGUNTA:

Eu sou psiquiatra e nesses 30 anos de formada eu sempre trabalhei com a clínica, em paralelo à pesquisa, as diversas intervenções. Então, eu sempre estive nessa clínica e, dentre essas práticas, por 10 anos eu coordenei uma residência de psiquiatria fazendo formação de psiquiatras. Dentre muitas coisas que me passaram pela cabeça, uma questão que para mim é um enorme desafio... Primeiro, me conforta bastante quando na sua exposição você fala que não se trata de a gente não usar uma medicação, não se trata da gente não precisar em certos momentos, mas de se manter para além disso, uma inter-relação, outras práticas, eu acho que isso dialoga bastante com o Sidarta. De outro modo, mas dialoga com a fala dele pela manhã. Mas, o que eu fico pensando e que é um grande desafio, é que da mesma forma que me parece que a Anne traz sobre a busca a cada segunda-feira após um programa que todo mundo aqui assiste aos domingos, a gente recebe demandas de pessoas com esse ou aquele diagnóstico. E se pode medicar ou não, se você não fecha esse diagnóstico, ele vai procurar um outro profissional. Ao mesmo tempo, os profissionais médicos, nessa formação, são moldados para entender que a função deles é medicar. Quando você tira isso, e eu estou falando da experiência de formação em psiquiatria, quando você diz, 'olha, agora neste segundo ano você vai para um serviço aberto e você não tem um consultório, daqueles em que é possível o médico sair desse lugar, você vai entrar nas atividades e é ali que você vai lidar com os pacientes', é enlouquecedor. Nessa época, a gente até foi responder na coordenação nacional de

residências médicas, aqui tem uma estadual, tivemos que ir responder o que é que a gente estava fazendo, porque estávamos impedindo o médico de exercer o seu trabalho. Eu acho que esse desafio, da formação do médico, em um modelo biomédico em que a resposta é sempre medicar, dizer para ele que existem outras práticas em conjunto com os outros profissionais que cobram de você, 'ué, mas você não vai fazer um remedinho? Ele tá meio agitado...' Eu acho que esse é um desafio que a gente não pode deixar de enfrentar na nossa formação no Brasil, pelo menos.

PAULO AMARANTE

Bob, você fala e depois encerramos.

ROBERT WHITAKER

Sobre a primeira pergunta, sobre terapia cognitivo comportamental, essa é uma boa pergunta, o porquê de eles estarem recomendando. Existe um pouco de retaliação acontecendo nos Estados Unidos de que tudo que os psiquiatras fazem é prescrever medicação. Então, eles têm dito que fazem mais do que isso, uma abordagem biopsicossocial, assim, eles têm que poder recomendar outras coisas para além de antidepressivos. A outra coisa é que muitas pesquisas têm mostrado que as pessoas não melhoram com antidepressivo inicialmente, a taxa de remissão é menor do que eles esperam, então, tem se tornado mais aceitável dentro da comunidade psiquiátrica que antidepressivos não funcionam como eles esperavam. Isso também explica a nova ascensão de psicodélicos, porque estão dizendo que 'sim, os antidepressivos realmente não funcionam tão bem'. A terapia cognitivo comportamental é, pelo menos, tão efetiva quanto antidepressivos no curto prazo, então mais do que qualquer outra coisa eu acho que é um esforço de mostrar que a APA não está totalmente ligada a medicamentos, uma forma de mostrar que eles têm mais ferramentas no seu kit médico. Ainda assim, o plano cobrirá os antidepressivos e não cobrirá a terapia cognitivo comportamental, pelo menos nos Estados Unidos.

A segunda pergunta era sobre a expansão dos diagnósticos de autismo. Isso faz parte de uma expansão das categorias diagnósticas. Pelo menos nos Estados Unidos tem-se pessoas que vão muito bem na escola e dizem que estão no espectro autista. Autismo costumava ser uma condição neurológica muito grave. Agora, eles expandiram para o espectro autista para incluir crianças que são meio nerds ou gostam de ficar mais sozinhas

e as pessoas estão abraçando isso. É um problema para mim porque, de novo, está expandindo essa ideia de que... deixa eu ver se consigo dizer isso... Seres humanos estão em um espectro, certo? Há um espectro de pessoas e não somos todos iguais. Eu tenho uma filha, espero que ela não esteja ouvindo isso, ela é extremamente brilhante, mas não é tão brilhante em situações sociais. É quem ela é e está tudo bem. Meu ponto é que nós somos todos diferentes. Mas agora nós estamos dizendo que esse grupo que não socializa muito bem, ainda que eles sejam brilhantes, têm transtorno autista. Eu não acho que isso ajuda. O que nós realmente temos que fazer é expandir nossa compreensão de que seres humanos são diferentes. E isso é ótimo. E também acho que essa expansão é injusta com as pessoas que têm um problema neurológico real.

Quanto à última pergunta, ela é muito boa. Todo mundo faz clínica dentro de uma narrativa, você faz clínica dentro de uma narrativa, os outros médicos também. E as pessoas estão condicionadas a chegarem pedindo por medicamentos e, se você não prescrever, elas ficarão desapontados. Por isso que eu acho que o problema está na narrativa. Eu acredito que os medicamentos podem ter um lugar, ajudar a estabilizar, a tranquilizar as pessoas, mas é preciso usá-los com o conhecimento científico, conhecendo os efeitos a curto prazo e a longo prazo. Se nós tivéssemos uma narrativa social que rompesse com o modelo de doença e falasse de condições sociais, falasse de forma honesta sobre os limites da medicação e os problemas com o uso a longo prazo, se todos rompêssemos com a narrativa, poderíamos ter uma conversa sobre como melhor ajudar uns aos outros. E começa com melhorar condições sociais, mas o problema é que precisamos mudar a narrativa e por isso o *Mad*, porque é muito difícil confrontarmos a narrativa individualmente. A pessoa que confronta a narrativa geralmente é excluída, são expulsos da universidade, expulsos do trabalho. O que eu estou querendo dizer é que é realmente muito difícil se os pacientes ainda estão nessa outra narrativa.

Então, nosso grande desafio, e isso é ótimo de estar no Brasil porque vocês estão muito avançados em discussões sociais, discussões sobre direitos humanos, nós discutimos muito pouco sobre isso nos Estados Unidos. Vocês podem ser líderes na mudança dessa narrativa, porque vocês já têm uma narrativa um pouco diferente. Por sinal, a OMS há uma semana atrás criou um novo documento, sabe o que diz? Aqui está o que precisamos fazer, temos que parar de falar sobre um outro e dizer que todos são cidadãos. Parem de dizer 'aqui temos os doentes e aqui temos os saudáveis'. Somente diga que são seres humanos e todos devem ter o direito de ser o autor de suas próprias vidas,

devem poder tomar suas próprias decisões sobre tratamento. Essa é uma ótima forma de terminar o dia hoje porque isso é um desafio para nós. Como criar uma nova narrativa sobre a formação, sobre o uso de medicações, ajudar uns aos outros? E você vê que alguns países realmente estão tentando repensar a abordagem de pessoas em dificuldades.

PAULO AMARANTE

Obrigado, Bob. Eu penso que uma frase final que pudesse não resumir, mas reforçar e ampliar essa discussão é que nós estamos debatendo uma política de saúde versus uma política de mercado. Se nós usamos os medicamentos a partir de uma política de saúde ou de mercado. No caso dos medicamentos psiquiátricos claramente a política de mercado se sobrepõe ao uso saudável dos medicamentos, o uso terapêutico dos medicamentos.

Muito obrigado mais uma vez, Bob. Muito obrigado a vocês todas e todos. Até amanhã.





ATIVIDADE CULTURAL

O grupo musical do Espaço Casa Viva - RedeCCAP da favela de Manguinhos se apresentou com o Música na Calçada. Sempre atentos às questões sociais, a metodologia aplicada se refere a valorização de um lugar de protagonismo, em contraponto a um território de vulnerabilidade.

As atividades do Espaço Casa Viva – RedeCCAP, serve de estímulo à criação artística por meio da música, artes plásticas, teatro, escrita e leitura direcionadas às crianças, adolescentes e jovens de Manguinhos. É um empreendimento social da Rede CCAP, Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) atuante há 30 anos na região.





MESA REDONDA

"Experiências Contemporâneas de Desmedicalização e Alternativas ao Modelo Biomédico"

EDUARDO TORRE

Bom dia a todas, a todos e todes. É uma honra e uma alegria muito grande recebermos aqui Robert Whitaker. Começamos agora essa mesa da manhã de hoje do 7º Seminário Internacional "A Epidemia das Drogas Psiquiátricas". Eu sou Eduardo Torre, psicólogo e professor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (UFF) e também do Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da ENSP/Fiocruz. Gostaria muito de agradecer a organização pelo convite e realização desse evento, que já está na sétima edição. Parece que foi ontem que começamos a fazê-lo aqui pelo LAPS (Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial), e já estamos no sétimo ano de realização nessa colaboração fundamental para o Brasil, para a Fiocruz, para nós no grupo do LAPS, com o Robert Whitaker e com outros parceiros que estão trazendo essa discussão fundamental sobre a medicalização e desmedicalização na saúde mental e na Reforma Psiquiátrica.

A obra do Robert Whitaker tem nos inspirado muito durante esses anos. Foi uma das inspirações importantes para a criação desse seminário, *A Epidemia das Drogas Psiquiátricas*. Robert é um autor reconhecido, um jornalista da área do jornalismo investigativo e divulgação científica, com vários prêmios, como, por exemplo, o Prêmio George Polk de escrita médica e a indicação ao Prêmio Pulitzer. Possui também várias publicações e livros importantes cobrindo medicina e ciência. Escreveu uma série sobre Pesquisa Psiquiátrica para o jornal *Boston Globe*, além dos seus quatro livros, especialmente o *Mad in America*, que inspira também o nome do site.

A partir do *Mad in America*, foi se constituindo uma rede internacional do *Mad*, como o *Mad in Brasil* e vários outros, que agora estamos chamando de *Mad in the World*. O livro *Mad in America*, de 2001, tem como subtítulo, em uma tradução aproximada para o português, *a má ciência, a má medicina e o mal-estar duradouro dos doentes mentais*. Também o livro *A Anatomia de uma Epidemia*, que foi traduzido pela Editora Fiocruz, é uma referência para nós nessa discussão, assim como o livro *Psiquiatria Sob Influência*:

corrupção institucional, danos sociais e prescrições para reforma. Essas publicações têm sido importantes para o nosso debate da Reforma Psiquiátrica no Brasil e para colocar em questão essa ideia, que há alguns anos se discute, de que haveria uma epidemia de doenças mentais e que seria necessário, então, um aprofundamento e um avanço no uso e na disseminação dos psicofármacos como forma de terapêutica para essa epidemia.

A obra do Robert, que tem nos inspirado a fazer uma crítica em relação a essa discussão sobre a ideia de epidemia das doenças mentais, vai nos trazer um novo horizonte para esse debate. Vamos, então, começar a perceber que quem produziu essa epidemia foi a Psiquiatria e a Indústria Farmacêutica. Produziram uma epidemia de psiquiatrizados e uma epidemia relacionada aos graves danos causados pelo abuso de psicofármacos a partir de uma política de mercantilização do sofrimento. Sua obra também tem nos inspirado muito a pensar a questão da produção da doença mental a partir das políticas de mercado e da Indústria Farmacêutica. Já temos, a partir de uma visão de Michel Foucault da genealogia da loucura, a ideia de que a doença mental foi uma produção das instituições e saberes fundantes da psiquiatria. Agora temos uma nova face desse processo, uma face contemporânea que é a Indústria Farmacêutica produzindo a psiquiatrização profunda da sociedade.

Estamos com uma chance histórica de aliar esse debate sobre medicalização e desmedicalização em psiquiatria e saúde mental e o enfrentamento da Indústria Farmacêutica com as discussões sobre os avanços e tecnologias inovadoras da Reforma Psiquiátrica no Brasil, como os grupos de arte e cultura, de economia solidária, de ajuda mútua, os coletivos inclusivos e todas as outras inovações e invenções que o processo de Reforma no Brasil produziu. Então, nós temos esses saberes acumulados no processo brasileiro e temos agora essa pauta da desmedicalização no campo da saúde mental. Essas duas discussões aliadas serão fundamentais nos próximos anos para que possamos realmente produzir os avanços que desejamos no campo dos direitos humanos, no campo dos direitos de cidadania e no campo dos avanços políticos democráticos, afinal a desmedicalização nos traz uma discussão sobre uma nova sociedade. Uma sociedade não apenas capaz de regular a Indústria Farmacêutica e fazer um debate crítico e sério sobre o uso dos psicofármacos, mas mais do que isso, uma sociedade que seja produtora do direito à diversidade, da inclusão social, da possibilidade de as pessoas conviverem na sociedade, trabalharem e produzirem dentro de um quadro democrático, o que é fundamental.

Nós tivemos um show lindo do *Música na Calçada*, da Casa Viva, que cantou um samba que traz uma discussão fundamental do samba como uma forma de resistência e combate ao racismo no Brasil. Nós temos uma história escravocrata, uma história de graves exclusões sociais, então a discussão sobre desmedicalização também traz essa pauta para o Brasil de uma sociedade antirracista e anticolonial e, nesse sentido, então, construir uma sociedade que possa produzir uma nova forma de entender o sofrimento mental, uma nova forma de entender o sofrimento humano, que seja ligada aos direitos humanos, à inclusão social e ao direito à diversidade.

Então, o Robert Whitaker, com os debates que ele tem trazido com a sua obra e, como ele próprio indicou ontem, tem nos permitido refletir sobre a refundação de uma narrativa sobre o sofrimento mental. Trazendo para a discussão, não só as críticas à hiperinflação diagnóstica e à corrupção institucional na área da psiquiatria, mas também a ideia da loucura como diversidade: a diversidade de práticas, a diversidade de teorias, a diversidade não só de categorias profissionais, mas de visões de mundo incluindo os povos originários, outras culturas e visões culturais múltiplas. A crítica à corrupção institucional também coloca a Psiquiatria em questão como um saber dogmático, um saber que se arvora um lugar de verdade e, por isso, a obra do Robert nos ajuda a inverter essa ampulheta, a fazer com que possamos discutir o campo da saúde mental e o problema do sofrimento humano de uma forma múltipla e diversa a partir de várias referências, de várias teorias, de várias possibilidades de pensamento.

Por fim, queria agradecer ao Paulo Amarante e ao Fernando Freitas, que foram pessoas importantes para a fundação desse evento. Há mais ou menos 10 anos atrás, o Fernando Freitas fez uma viagem que marcou a vida dele. Ele foi aos Estados Unidos conhecer os trabalhos que o Robert participa, fundou e ajuda a liderar. Essa viagem mudou a cabeça e a vida do Fernando e ele voltou com uma inspiração muito forte de vida e passou esses anos todos daí para frente se dedicando ao tema da crítica à medicalização, da crítica à psiquiatrização, da crítica à Indústria Farmacêutica e foi uma das pessoas que ajudou a fundar o *Mad in Brasil* junto com o Paulo e com outras pessoas, como Camila Motta que também está aqui e outros do grupo do LAPS. Quero, então, agradecer também ao Fernando que, infelizmente, nos deixou esse ano. Ele era muito crítico à Reforma Psiquiátrica, ele nos colocava muitas questões no nosso grupo e por isso também foi importante para que a gente colocasse em discussão a questão da medicalização nos nossos processos de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Passo agora a palavra para o Robert fazer a sua apresentação, agradecendo-o por estar aqui no Brasil novamente trazendo o seu trabalho, que eu acho que é um trabalho fundamental para a desconstrução do paradigma psiquiátrico e não apenas uma crítica à Indústria Farmacêutica. Muito obrigado pela sua presença, a palavra está contigo, muito obrigado.

ROBERT WHITAKER

Muito obrigado pela sua introdução. Quero dizer mais uma vez que é um prazer estar aqui e muito obrigado ao Paulo Amarante e todos aqueles que me convidaram e como ele falou, o Fernando Freitas era um amigo querido, eu gostava muito do Fernando, e é uma honra dar essa palestra como uma homenagem a ele. Obrigado a todos.

Ontem, discutimos como organizamos nosso pensamento, não apenas nos Estados Unidos, mas em todo o mundo, em torno de uma narrativa apresentada como científica, a qual, claro, possui grande autoridade. Também abordamos que essa narrativa, essencialmente, foi exportada dos Estados Unidos para o mundo. É uma forma de colonização, para ser honesto com vocês.

Hoje, quero falar sobre alternativas e também sobre o que nos levou a fundar o site *Mad in America* e o *Mad in the World*, e qual é o seu propósito. O ponto principal é como criar uma nova narrativa consistente com a ciência, mas também alinhada a uma filosofia do que significa ser humano e, igualmente, o que significa ser um cidadão do mundo com direitos nesse contexto. Portanto, é importante compreendermos esse *como*, afinal, estamos falando em mudar nosso pensamento, em organizar nosso pensamento em torno de uma narrativa diferente, e há um caminho da narrativa medicalizada para a narrativa não medicalizada.

Nesse início, vou contar *como* eu passei da narrativa medicalizada e *por quê*, para a narrativa não medicalizada, já que minha formação é escrever sobre ciência e fazer jornalismo cobrindo ciência para jornais. Isso significa que, durante muitos anos ao longo dos anos 90, eu estava escrevendo sobre desequilíbrios químicos no cérebro. Eu acreditava nessa narrativa. E o que aconteceu? Em 1998, estava fazendo uma série para o *Boston Globe* e uma das coisas que estávamos examinando era o abuso de pacientes psiquiátricos em ambientes de pesquisa. Uma das coisas que consideramos abusivas era quando realizavam estudos retirando antipsicóticos de pessoas diagnosticadas com esquizofrenia. Dissemos que isso era antiético porque a esquizofrenia é causada por muita dopamina no cérebro, então por que se removeria algo que corrige esse problema? Eu acreditava na narrativa de progresso, de que essas descobertas estavam sendo feitas, tínhamos melhores drogas e, portanto, os resultados para pacientes com esquizofrenia estavam melhorando. Essa era a narrativa do progresso.

Mas aqui está o que aconteceu: enquanto eu estava pesquisando para escrever a série de reportagens, encontrei dois estudos que realmente mudaram meu pensamento e

levantaram perguntas. Eram dois estudos feitos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que comparavam os resultados de pacientes com esquizofrenia diagnosticados por médicos ocidentais ao longo de dois e cinco anos. O que eles fizeram nos estudos foi comparar os resultados em "países desenvolvidos", como os EUA e outros cinco "países desenvolvidos", com os resultados em "países em desenvolvimento", sendo eles Índia, Nigéria e Colômbia. Após o primeiro estudo, descobriram que os resultados eram muito melhores nos "países em desenvolvimento", especificamente na Índia e na Nigéria. Então, eles se perguntaram: por que os resultados seriam melhores nos países em desenvolvimento? Eles formularam a hipótese de que a razão para os resultados serem melhores nos "países pobres" ou "países em desenvolvimento" era que os pacientes eram mais complacentes com a medicação, ou seja, tomavam seus antipsicóticos. Essa é uma hipótese válida, porque se os medicamentos são supostamente tão cruciais para um bom resultado a longo prazo, se houver mais conformidade, os resultados deveriam ser melhores.

No segundo estudo, eles examinaram como as drogas psiquiátricas eram usadas e descobriram que nos "países em desenvolvimento" o uso era feito de maneira muito diferente. Nesses países, usava-se antipsicóticos agudamente, ou seja, por curtos períodos de tempo, mas não cronicamente. Sendo assim, não mantinham os pacientes em antipsicóticos a longo prazo. A propósito, eles fizeram um estudo de acompanhamento e descobriram que, no país pobre, quinze anos depois, a disparidade nos resultados ainda persistia.

Depois do segundo estudo, e aqui estava o ponto central para mim, a OMS disse: 'viver em um país desenvolvido é um forte indicador de que você não terá um desfecho favorável se for diagnosticado com esquizofrenia'. Então, essa é uma história de fracasso e, de repente, eu estava vendo uma história de sucesso ou o maior sucesso em países que usam esses medicamentos de maneira diferente. Essa foi a primeira coisa que me fez questionar a narrativa de progresso. A segunda coisa foi uma pesquisa realizada por pesquisadores da Universidade de Harvard, onde eles descobriram que os desfechos para pacientes com esquizofrenia no último terço do século XX não eram melhores do que no primeiro terço do século XX, muito antes do advento dos antipsicóticos. Eles descobriram que os desfechos estavam piorando desde 1975.

Era com isso que estava sendo confrontado. Eu acreditava em uma narrativa de progresso, mas agora estava descobrindo pesquisas que diziam: espere um minuto, os desfechos são melhores nos países onde eles usam as drogas de maneira muito diferente

e os desfechos no mundo desenvolvido estão piorando. Isso contradiz completamente essa narrativa de progresso.

Enquanto estava me preparando para escrever o livro *Mad in America*, liguei para pesquisadores da empresa farmacêutica Janssen. A Janssen era fabricante da risperidona, uma das novas drogas supostamente muito boas. Ela estava sendo comercializada, e isso é o que me disseram especialistas quando liguei para eles, como uma droga que corrigia tanto os desequilíbrios de dopamina quanto os desequilíbrios de serotonina no cérebro. Então, perguntei a eles, 'você pode me dizer onde você encontrou, onde realmente encontrou que a esquizofrenia era devido a muita atividade de dopamina no cérebro?' E o pesquisador da Janssen disse, 'nunca encontramos isso, é apenas uma metáfora, como a insulina para o diabetes.' Achei isso tão estranho que comecei a ligar para outros especialistas no campo. 'Você pode me mostrar onde você realmente encontrou os desequilíbrios químicos como a causa dos transtornos mentais?' E repetidamente me disseram, 'bem, isso não é realmente o que encontramos.' Esse é o momento em que basicamente me tornei um herege. Eu não estava mais convencido de que a narrativa convencional era verdadeira. Então, escrevi este primeiro livro, *Mad in America*, que examinou a história do tratamento de pessoas mentalmente doentes com gravidade desde os tempos coloniais até hoje.

A narrativa convencional é a seguinte: houve tempos antigos ruins em que maltratávamos gravemente os doentes mentais, então, em 1955, recebemos o primeiro antipsicótico, a clorpromazina, e isso lança uma revolução psicofarmacológica, um grande avanço no cuidado. Essa é a história convencional, você pode ler nos livros didáticos, nos livros de história, mas o que acontece é que, quando você realmente olha para essa história, esse momento em que os antipsicóticos foram introduzidos, aqui está o que você encontra: as taxas de alta para pacientes de primeiro episódio não aumentaram. O que aconteceu é que esvaziaram os asilos em resposta a decisões legislativas, que nos Estados Unidos aconteceu quando disseram 'vamos fornecer cuidados na comunidade, vamos fornecer dinheiro para cuidar da comunidade'. Essa é a primeira coisa que você nota e a segunda é a lobotomia cirúrgica, que é o momento na história onde se destruía os lobos frontais cirurgicamente. Acredite ou não, em 1949, o inventor da lobotomia cirúrgica ganhou o Prêmio Nobel de Medicina por ter inventado esse procedimento, que era visto como uma coisa boa naquela época. Mas, se você ler os artigos sobre o que a lobotomia cirúrgica fazia, aqui está o que eles diziam, 'isso os derruba para um nível mais baixo de existência'; 'eles não se importam mais com as coisas'; 'eles ficam sentados em

frente a uma janela o dia todo e não fazem nada'. Se pegasse o cérebro de um primata e de um ser humano e os comparasse, sabe qual é a diferença entre os dois cérebros? O cérebro humano tem lobos frontais maiores, basicamente é isso que diferencia as nossas fisiologias.

Quando os antipsicóticos foram introduzidos pela primeira vez, eles foram elogiados por induzir uma lobotomia química, causando uma mudança semelhante à lobotomia cirúrgica. Isso foi visto como algo bom porque a lobotomia cirúrgica acabara de ganhar o Prêmio Nobel de Medicina. O que se vê nisso é, em vez de uma transição, um grande salto à frente, na verdade, há uma conexão com o passado naquele momento. A outra coisa que se encontra, e eu escrevi sobre isso no livro *Mad in America*, é que nos primeiros testes mais longos de antipsicóticos, eles descobriram que as taxas de recaída eram mais altas, ou seja, pessoas que tiveram alta da internação, agora eram mais propensas a voltar ao hospital e a estarem funcionalmente prejudicadas e incapazes de se sustentarem financeiramente.

Este é o meu primeiro livro de heresia e, apenas para vocês saberem como é ser um herege, pelo trabalho que fiz para o *Boston Globe*, eu fui finalista do Prêmio Pulitzer em serviço público - esse é o maior prêmio em todo o jornalismo americano - e assim que publiquei o *Mad in America*, recebi a seguinte resenha de um psiquiatra: 'ele costumava ser um bom jornalista, mas certamente está se desviando'. Este é o momento em que percebi como é difícil ser um jornalista que confronta a narrativa convencional porque há muito dinheiro e prestígio por trás dessa narrativa. Meu agente na época disse: 'nunca escreva sobre Psiquiatria novamente, você está arruinando sua carreira'. Então, escrevi mais alguns livros, mas depois voltei à Psiquiatria e por que voltei à Psiquiatria? Porque as pessoas estavam me perguntando: 'por que estamos tendo índices de incapacidade mais altos? O que está acontecendo com as crianças? Estamos medicando todas as nossas crianças, isso é algo bom?' A outra pergunta era: 'de onde vêm todos os pacientes bipolares?' Bipolar costumava ser um transtorno raro e, de repente, estávamos tendo pessoas bipolares por todos os lados.

O que fiz no livro seguinte, o *Anatomia de uma Epidemia*, foi colocar em evidência essa narrativa convencional. Então, a primeira parte do livro examina a seguinte questão, 'os desequilíbrios químicos causam transtornos mentais graves', e você pode analisar as pesquisas e essa não é a resposta. Mas então, você também encontra o que discutimos ontem, como os medicamentos psiquiátricos alteram o cérebro, o que é completamente oposto ao que a população acredita.

Para as drogas serem aprovadas, é necessário realizar um ensaio clínico por seis semanas e, se a droga superar o placebo na redução dos sintomas daquela doença, dizemos que ela é eficaz. Mas esses ensaios não dizem nada sobre como as drogas afetam as pessoas a longo prazo e não apenas em seus sintomas, mas também em sua capacidade funcional. O que fiz em *Anatomia* foi examinar a literatura e tentar ver como as drogas psiquiátricas afetam as pessoas a longo prazo para os transtornos principais, como psicose, depressão, bipolaridade e TDAH.

E esse é um ponto essencial, é necessário entendermos qual é a capacidade natural de se recuperar. Então, temos a frase clássica de Hipócrates, 'Não causar dano', mas o que ele estava dizendo é que, se frequentemente você tem a capacidade de se recuperar naturalmente, a intervenção, para não causar dano, deve melhorar as taxas de recuperação a longo prazo.

O que encontrei no *Anatomia* foram evidências que se encaixam como um quebra cabeça e contam uma história, que, no geral, o uso de drogas psiquiátricas para tratamento dos transtornos reduz as taxas de recuperação em comparação com a taxa natural. Elas também prejudicam a funcionalidade em comparação com o curso natural desse transtorno. Então, uma das coisas importantes para entender essa trama é que isso não significa que todos estão se saindo mal com as drogas, isso significa apenas que os resultados agregados atuais são piores do que eram antes da era da psicofarmacologia. Ou, ainda, são piores em estudos hoje quando se compara os resultados para pessoas que não tomam as drogas em comparação com aquelas que tomam.

Finalmente, neste livro também apresentei a história de como essa narrativa foi criada e quais foram os estímulos financeiros que levaram a essa narrativa, que se consolidou nos Estados Unidos e depois foi exportada para o mundo. Novamente, houve um ataque considerável à minha pessoa depois que isso aconteceu. No dia em que o livro foi publicado, um médico da *Escola de Medicina de Harvard* me comparou, em uma resenha, a um ditador da África do Sul que, por negar a AIDS, ia causar a morte de centenas de milhares de pessoas. Tudo isso significa que o livro foi realmente considerado como uma eficaz contestação à narrativa convencional.

Depois disso, comecei a receber mensagens de muitas pessoas, incluindo psiquiatras, psicólogos, pessoas com experiência vivida e familiares, perguntando, 'o que vamos fazer? Organizamos nosso pensamento em torno de uma falsa narrativa científica, como podemos nos organizar em torno da nova narrativa? Uma que, de fato, seja científica?' Então, duas coisas que fiz naquela época: A primeira foi ajudar a fundar uma

organização sem fins lucrativos chamada *The Foundation for Excellence in Mental Health Care* (Fundação para a Excelência em Cuidados com a Saúde Mental, em tradução livre). Seu propósito era arrecadar fundos para ajudar a medir a eficácia de esforços alternativos, mas também para promovê-los, como no caso dos *Ouvidores de Vozes*; A segunda foi a fundação do site *Mad in America* e essa é a nossa declaração de missão: 'Servir como um catalisador para repensar o cuidado psiquiátrico nos Estados Unidos (e no exterior). Acreditamos que o paradigma atual baseado em drogas falhou com a nossa sociedade e que a pesquisa científica, bem como a experiência vivida daqueles que foram diagnosticados com um transtorno psiquiátrico, exige uma mudança profunda.' Ou seja, somos uma publicação baseada em ciência e nos vemos como uma mídia alternativa que aborda a ciência que não é apresentada na narrativa convencional.

Eu gostaria de retomar essa questão: por que mencionamos em nossa missão a experiência vivida daqueles que foram diagnosticados? Há uma construção de que eles não têm compreensão sobre a própria doença, não têm compreensão sobre a própria vida e é por isso que é possível impor tratamento e, fundamentalmente, é por isso que dizem que usaram a história do desequilíbrio químico. Afinal, se você não apresentasse a eles uma história assim, eles não aceitariam os medicamentos. Se há algo que eu sei sobre história e cultura, é que, no momento em que você começa a desconsiderar as vidas das pessoas que são oprimidas, você está contribuindo para a opressão. E qualquer coisa relacionada à justiça social significa que é preciso ouvir todas as pessoas na sociedade. Neste caso, é preciso ouvir essas pessoas que estão sendo tratadas, que estão sendo tratadas à força, para saber qual tem sido a experiência delas. Desde o início, queríamos dar voz a essas pessoas, porque na narrativa convencional, você não as escuta, elas são vistas como narradoras indignas de suas próprias vidas. Mas aqui está outra coisa, - e isso se relaciona com o *Mad in the World* - por qual motivo não se lê as falhas da narrativa convencional na mídia convencional? Simplesmente não se lê. E uma das razões é que as pessoas que formaram essa narrativa são, de fato, a Psiquiatria como uma guilda, elas são vistas como *as* especialistas.

Assim, os repórteres de jornais acham que precisam recorrer aos especialistas e repetir o que eles estão dizendo, e não têm a confiança de ir diretamente à literatura em si. Ontem vimos aquele estudo longitudinal que encontrou resultados melhores para as pessoas que não estão fazendo uso de medicação e isso nunca aparece na mídia convencional. Tudo o que posso dizer é que nós, o público, merecemos todas as informações. Portanto, decidimos ser uma mídia alternativa que vai à literatura de

pesquisa e fazemos duas coisas: relatamos novas literaturas e novos resultados, e também elaboramos um arquivo de fontes para que as pessoas possam consultar diretamente a literatura que citamos no *Mad in America*. Então, isso é como um consentimento informado para a sociedade. Entendemos que somos uma mídia que visa ajudar as pessoas a verem que a narrativa convencional é contrariada pela ciência, que o tempo todo há novas pesquisas em revistas de revisão por pares dizendo que a velha narrativa não funciona, não é científica em quase todos os elementos dessa narrativa convencional, e que há outras possibilidades.

Em nosso conteúdo editorial fornecemos análises diárias, temos as seções de *Ensaaios e Blogues* porque compreendemos que, se vamos repensar a Psiquiatria e criar uma nova narrativa, precisamos ter uma plataforma para que as vozes da sociedade possam expressar suas opiniões, seus pensamentos e o que aprenderam. Somos um fórum público para as pessoas e temos escritores de todo o mundo escrevendo para nós e essa é a nossa ideia. Acreditamos que não é nossa responsabilidade tentar criar uma nova narrativa e novas possibilidades. Como mídia, a nossa responsabilidade é de fornecer um fórum para a sociedade pensar sobre essas coisas e debatê-las.

Na seção de *Histórias Pessoais*, publicamos uma história pessoal todas as semanas de pessoas com experiência vivida escrevendo sobre o que as ajudou a se recuperar ou de que maneiras sofreram na Psiquiatria convencional. Nessas narrativas, se ouvirá repetidamente histórias sobre pessoas que construíram relações que romperam o isolamento e as ajudaram a transformar suas vidas. A propósito, temos um arquivo com mais de 500 histórias pessoais, muitas delas de pessoas diagnosticadas com esquizofrenia e transtornos psicóticos, por exemplo. Provavelmente é o melhor arquivo de histórias pessoais do mundo e pode ser usado para fazer pesquisas, elas estão disponíveis gratuitamente.

Já na seção *Matérias Jornalísticas do Mad in America*, fazemos o nosso próprio jornalismo original investigando, por exemplo, alguma nova história que está por aí e conferindo se ela é realmente baseada em evidências. Recentemente, uma das coisas que estão sendo discutidas sobre antipsicóticos é que eles prolongam a vida. Mas as pessoas com transtornos graves nos Estados Unidos estão morrendo 25 anos mais cedo do que o normal. Há todo tipo de razão para que antipsicóticos causem problemas metabólicos, mas de alguma forma eles mostram pesquisas que dizem, 'não, esses medicamentos realmente prolongam a vida'. Mas analisamos um relatório sobre isso e, é claro, não é verdade. Outra coisa que saiu recentemente, diz que é possível diagnosticar TDAH em

uma criança de 2 anos - não sei como - e que é bom dar a ela estimulantes. Analisamos essa pesquisa e descobrimos que ela mostra todo tipo de prejuízo para essas crianças. É isso que fazemos nessa seção, analisamos profundamente sobre o que está sendo dito convencionalmente e conferimos se é baseado em evidências. Temos recursos que queremos disponibilizar para os pesquisadores, basta acessar nossas páginas de informações sobre drogas e encontrará links para todos esses estudos dos quais mencionei. A ideia é disponibilizar isso para o público poder ter acesso a pesquisa original.

Em seguida, temos seções dedicadas aos *Veteranos de Guerra* e às *Famílias*, e também fazemos entrevistas em *Podcast*. Pense em nós como uma mídia alternativa, mas não uma que pense ter a resposta, nosso trabalho é fornecer informações ao público, fomentar uma discussão e ajudar a sociedade a tentar lidar com o *como* podemos mudar as coisas.

Temos uma equipe de escritores científicos na seção de *Notícias de Pesquisa* que, na sua maioria, são doutorandos. Temos alguns doutores em Psicologia e uma das coisas que eles estão analisando na literatura é a pesquisa sobre os determinantes sociais da saúde, porque, obviamente, se queremos desmedicalizar é preciso pesquisar as condições sociais. Uma das primeiras histórias nesta seção é sobre jovens marginalizados e os benefícios de transformá-los em ativistas. O elemento central dessa história é que, como ativistas, esses jovens sentem que têm alguma capacidade de mudança. Então, é esse tipo de coisa que reportamos. Ouvimos falar das ideias ocidentais de suicídio e temos nessa seção uma pesquisa que analisa o contexto cultural do suicídio no Sri Lanka. Um outro estudo disse que apenas correr é tão eficaz, a curto prazo, quanto antidepressivos. Mas também, correr é melhor para a sua saúde, enquanto com os antidepressivos você verá alguns problemas de saúde.

O que está se tornando conhecido sobre a neurobiologia dos antidepressivos pós-ISRS (Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina) e a disfunção sexual é que uma porcentagem de pessoas que fazem uso desses antidepressivos por um período longo, mesmo quando param de tomá-los, elas não recuperam sua função sexual ou seu interesse sexual. A propósito, isso é particularmente proeminente em pessoas que foram medicadas quando jovens, aos 13 ou 14 anos, o que parece afetar seu desenvolvimento sexual. Isso é um de nossos artigos nesta seção.

Há muitos problemas em nossas comunidades indígenas nos Estados Unidos, porque foram oprimidas, então temos um artigo nesta seção que mostra como essas

informações sobre a opressão são encobertas. Quando fazem estudos sobre o sofrimento e as razões para o sofrimento nessas comunidades, isso não é retratado para o público, então o que estamos tentando trazer no *Mad in America* são pesquisas que mostram o contexto social da saúde mental.

Temos também uma seção chamada *Notícias Científicas: Drogas Psiquiátricas*, onde é possível acessar e obter informações atualizadas sobre as drogas psiquiátricas. Temos um artigo sobre a compreensão da biologia da disfunção sexual, outro sobre como transformaram o TDAH em uma doença, afinal o TDAH é apenas uma descrição comportamental e não uma descrição da biologia. E, ainda, uma matéria sobre como a terapia é melhor do que os medicamentos para a depressão. Recentemente, uma das coisas que se ouve muito nos Estados Unidos é que a psicoterapia associada ao uso de drogas psiquiátricas é melhor do que apenas uma das duas. Mas isso não é verdade, adicionar drogas à psicoterapia não melhora os resultados. É possível ir nessa seção e pesquisar por diferentes classes de drogas e encontrar muitos estudos de longo prazo sobre os quais tenho falado. Acredito que este seja o melhor arquivo de pesquisa sobre drogas e coisas desse tipo que não serão encontradas em nenhum outro lugar, mesmo que venham de revistas de revisão por pares, você não os encontrará em outros lugares na literatura ou em livros didáticos.

Na seção *Blogues*, pode-se ver as histórias que publicamos de pessoas de todo o mundo. A ideia é ser um fórum, então temos histórias pessoais que são realmente emocionantes. É muito importante ter as vozes dessas pessoas nessa discussão - 'como foi para elas serem tratadas? Como foi para elas serem tratadas à força?' É importante saber esse tipo de coisa e, repetidamente, vemos histórias sobre como essas pessoas, muitas vezes, não se sentiam ouvidas por seus psiquiatras e basicamente eram mandadas 'tomar seu remédio'. E quando queriam parar de tomar as drogas, elas também não eram ouvidas. Então, vemos histórias de pessoas que agora estão melhores, mas que tiveram que escapar da Psiquiatria para entrar nesse caminho de recuperação.

Na seção *Matérias Jornalísticas do Mad in America*, temos relatórios detalhados, como por exemplo o intitulado *Medicar crianças em idade pré-escolar para o TDAH*, no qual realmente se observa muito dano sendo causado às crianças de dois a três anos. E então, olhamos para isso e questionamos, 'essas drogas protegem contra a morte a longo prazo?' Não protegem. Aliás, quando escrevi a matéria chamada *Os antipsicóticos protegem contra a morte precoce?* Os editores da *Psychological Medicine* pediram para

eu escrever sobre essa pesquisa para a revista, porque eles também não acreditavam na história de que os antipsicóticos prolongariam a vida.

Também temos matérias sobre lugares em diferentes países onde repensaram esse modelo de doença e estão fazendo algo diferente. Por exemplo, escrevi uma matéria sobre o tratamento sem medicação na Noruega, que foi solicitado pelo Ministro da Saúde norueguês. - Por que o ministro da Saúde na Noruega exigiu isso? - A Noruega tem quatro distritos regionais, eles têm um seguro nacional e ordenaram que todos os quatro distritos reservassem algumas vagas para tratamento sem medicação. - Por que eles fizeram isso? - A Psiquiatria Norueguesa odiou essa ideia. Mas o que aconteceu na Noruega é que há muita contribuição dos pacientes no sistema de saúde. Eles têm um apoio muito grande para ouvir os pacientes e não apenas os médicos. Todos os grupos de usuários na Noruega se reuniram e disseram, 'se quisermos realmente estar em um hospital e ter um certo descanso, devemos ter a escolha de querer tomar antipsicóticos ou outras drogas. Nós devemos ter esse direito de escolha'. Outra história relatada nessa seção é sobre algo que está acontecendo na Soteria - Israel. Soteria é um programa residencial que foi inventado nos EUA na década de 70, também com uso mínimo de antipsicóticos, o que foi comprovado como bem-sucedido naquela época. Vamos voltar a falar dessas experiências mais à frente.

E então temos o *Podcast*, o *MIA Rádio*, onde entrevistamos pessoas nos Estados Unidos e ao redor do mundo que estão envolvidas em pensar sobre desmedicalização e alternativas substitutivas. E a última coisa é a *Educação Continuada*. Nos Estados Unidos, para manterem suas licenças, os médicos têm que, de tempos em tempos, fazer algum curso para mostrar que estão se mantendo atualizados com a literatura. Sabe quem financia toda a educação médica continuada nos EUA? As empresas farmacêuticas. Dessa forma, elas recebem retorno sobre a mais recente espécie de narrativa atual. Então, criamos um programa de educação médica continuada para abordar toda essa pesquisa sobre a qual estamos falando. Por exemplo, as pessoas que realizaram aquele estudo de vinte anos sobre os resultados da esquizofrenia fizeram um relatório para esse programa. Tivemos pessoas de todo o mundo fazendo relatórios e você pode acessar tudo isso no site do *Mad in America*, pois mantemos essas aulas lá para que você possa acessá-las e fazer as aulas.

Depois que escrevi o *Anatomia de uma Epidemia*, fui convidado para dar palestras em muitos países e comecei a conhecer pessoas de todo o mundo interessadas em repensar a Psiquiatria. Conheci algumas pessoas da Espanha e elas disseram que gostariam de fazer

isso com os falantes de espanhol, então começamos o *Mad in America hispanohablante*. A ideia era que o site não seria específico de apenas um país, mas seria para falantes de espanhol. O *Mad in Brasil* foi o segundo, depois que conheci Fernando Freitas e Paulo Amarante. E a questão central aqui é sobre esses afiliados, a independência deles. Fornecemos apoio como recursos técnicos e traduções, hospedamos os sites, mas cada afiliado é editorialmente independente, porque obviamente, eles existem em culturas e contextos diferentes. A ideia com o crescimento dos afiliados é que podemos aprender uns com os outros, então podemos aprender com o que está acontecendo na Noruega, podemos aprender com o que está acontecendo em Israel, podemos aprender com o que está acontecendo no Brasil. A única coisa que queremos saber ao receber um afiliado é se eles acham que a psiquiatria precisa ser repensada e se precisamos de uma nova narrativa. E então, para cada país, eles podem descobrir como e o que desejam publicar. Sob a liderança de Fernando como editor diário do *Mad in Brasil*, ele fazia muitas republicações ou traduções do que temos no *Mad in America*. Nossas notícias científicas são muito dignas de serem traduzidas, mas a outra expectativa, é claro, é que cada afiliado comece a relatar o que está acontecendo em seu país, em termos de conferências, iniciativas, esse tipo de coisa.

Nos últimos dois dias, tivemos esses momentos incrivelmente gloriosos com os músicos, foi fantástico. Sabe o que eu estava pensando enquanto estava ouvindo a música hoje? Se tiver um ensaio clínico que compare *ouvir samba* ou *tomar um antidepressivo*, qual deles será que elevaria mais os ânimos? A música ou o antidepressivo? Acho que seria a música. Eu não sei se esse trabalho de música que está sendo feito com os jovens das favelas está de alguma forma relacionado à saúde mental, mas há grupos que estão fazendo isso, criando grupos musicais para os jovens, ajudando-os a cantar juntos, tocar música juntos. Isso pode ser uma coisa pequena, mas pode ser inspirador em todos esses lugares, em todo o *Mad in The World*. Então, queremos escrever sobre isso. Por exemplo, na Irlanda, eles têm essa iniciativa de base comunitária chamada *Clubhouse* e nelas, as pessoas que receberam alta de hospitais psiquiátricos, cantam juntas, tocam música juntas e não falam sobre o diagnóstico ou qualquer coisa assim. Escrevemos sobre isso porque é um exemplo de uma abordagem não medicalizada e, assim, uma das coisas que pensamos com essa crescente rede é que podemos aprender com o que está acontecendo ao redor do mundo. Temos o *Mad in South Asia*, eles têm páginas no Vietnã, na Tailândia, acho que estão começando uma página na China, e o que isso está dizendo é que essa

narrativa medicalizada foi promovida em todo o mundo, país após país, não foi apenas no mundo ocidental.

Há duas semanas, pela primeira vez, os editores de todos os sites afiliados se encontraram em Copenhague e foi quando decidimos renomear a rede para *Mad in The World*. A palavra *mad* em inglês tem dois significados. Pessoas diagnosticadas como loucas, historicamente, eram chamadas de *mad* (em português, louca). Esses grupos adotaram esse termo para se apropriar dele, para tirar o estigma. O segundo significado de *mad* em inglês também é *irritado*, irritado com a forma como estamos sendo tratados. Então esse é o duplo significado de *Mad in the World*. Tivemos quarenta e quatro pessoas lá em Copenhague e a sensação foi de que, juntos, essa rede pode ter um impacto enorme ao redor do mundo nesse esforço de desmedicalizar e repensar toda essa forma de cuidado.

Há seis anos, eu estava em uma reunião na Índia, onde a grande questão era como podemos sair dessa narrativa medicalizada para uma nova narrativa. E havia pessoas da Organização Mundial da Saúde e das Nações Unidas representadas por Dainius Pūras. No final daquela reunião, houve um consenso, o que precisamos é de uma nova narrativa e por que precisamos disso? Porque é assim que a sociedade organiza seu pensamento, em torno de histórias. O desequilíbrio químico era uma narrativa, então precisamos de uma nova narrativa baseada realmente nos determinantes sociais da saúde e na filosofia do ser. Ontem, estávamos revendo o DSM-III e eles dizem que há uma linha entre o normal e o anormal, algo que segrega algumas pessoas. Claramente, o que você precisa é de uma filosofia do ser que diga que estar deprimido, ansioso, enlouquecer, tudo isso faz parte da condição humana. Precisamos desse tipo de aceitação do sofrer como parte da condição humana. Não há essa linha entre o normal e o anormal.

Agora, veremos alguns lugares e alternativas onde estamos vendo essa reconceitualização.

Diálogo Aberto

A terapia do *Diálogo Aberto* era praticamente desconhecida até eu escrever sobre ela em *Anatomia de uma Epidemia* e, agora, está se espalhando pelo mundo. Ela vem de uma região do norte da Finlândia, um país que, como um todo, é muito centrado na abordagem biológica, essa experiência foi uma espécie de dissidência no país. E aqui está o ponto principal, eles reconceitualizam a psicose. Eles dizem que a psicose não ocorre dentro do cérebro do indivíduo, mas nos espaços *entre* esse indivíduo e a comunidade e

até afirmam que a pessoa psicótica carrega o peso de tornar essa perturbação do *entre* conhecida. Eles são vistos como mensageiros dessa dificuldade na sociedade, portanto, não se conserta o indivíduo, tenta-se reparar esses espaços intermediários.

Desde o início da experiência, eles se reuniram com os grupos familiares e de amigos e também repensaram o uso de antipsicóticos. Eles conduziram ensaios nacionais a partir dessa abordagem e estudaram os resultados após seis meses, dois anos e cinco anos. Eles observaram que, evitando o uso de antipsicóticos no primeiro surto, as pessoas são mais capazes de trazer recursos emocionais para o diálogo que desejam iniciar, então eles tentavam evitar o uso de antipsicóticos. Se a pessoa não estivesse melhorando em torno de duas ou três semanas, eles usariam antipsicóticos por um tempo para ajudá-las a participar desses diálogos. Depois, eles veriam, dentre as pessoas que começaram a tomar antipsicótico, aquelas que poderiam suspendê-lo e ficar bem sem o seu uso.

Este é um modelo de uso seletivo e aqui estão os resultados de cinco anos com pacientes esquizofrênicos e outros com transtornos psicóticos: 67% nunca fizeram uso de antipsicótico - às vezes, podiam ter recebido um comprimido para dormir, mas não o antipsicótico; 13% usaram antipsicótico por um período de tempo; e 20% fizeram uso contínuo. Com esse modelo de uso seletivo, quais são os resultados? No final de cinco anos, 67% nunca tiveram recaída, em outras palavras, melhoraram e permaneceram bem. 79%, ao final de cinco anos, estavam assintomáticos; e, aqui está a coisa mais surpreendente, 73% dos pacientes com esquizofrenia de primeiro episódio estavam trabalhando ou de volta à escola no final desses cinco anos. Havia mais 7% que estavam procurando trabalho e apenas 20% haviam se tornado cronicamente doentes. Isso é totalmente diferente do que geralmente vemos na sociedade ocidental. Eles acompanharam essas pessoas por muitos anos, comparando esta experiência com o cuidado convencional. Uma das críticas ao Diálogo Aberto era, 'as pessoas vão se matar porque não estão tranquilizando os sintomas delas'. Mas se percebe que, na verdade, a mortalidade por todas as causas após dezenove anos, era menor com a abordagem do *Diálogo Aberto*.

Tratamento sem Medicamentos na Noruega

Essa experiência começou em 2017 e foi ordenada pelo Ministro da Saúde. Tivemos um grupo de pessoas com experiência vivida que fez lobby para que isso acontecesse. A propósito, a Psiquiatria Norueguesa estava incrivelmente irritada com esse desenvolvimento. Eu fui à Noruega muitas vezes para debates e, em um desses debates

com o psiquiatra acadêmico mais proeminente da Noruega, que apresentaria o caso contra isso, ele me apresentou assim, 'Robert Whitaker é o Donald Trump da antipsiquiatria.' E eu disse, 'já me chamaram de muitos nomes, mas esse é o pior até agora.'

Eles têm uma ala em Tromsø, uma cidade que fica acima do Círculo Ártico, e quando você vai lá, e aqui está o ponto, as pessoas não estão dopadas, não estão medicadas, não estão se movendo lentamente. É um lugar muito ativo, as pessoas estão tocando música, às vezes dizem coisas malucas, mas estão se divertindo de alguma forma, e isso é uma ala aberta, se quiserem ir até a cidade, eles vão até a cidade. O que é tão diferente sobre isso, pelo menos diferente das alas nos Estados Unidos, é que, se você vai a uma ala lá, as pessoas estão arrastando os pés, estão realmente muito medicadas e meio zumbificadas. Em Tromsø, as pessoas estão falando o tempo todo, é muito diferente e a equipe adora trabalhar lá porque agora percebem que estão realmente interagindo com as pessoas. Um dos funcionários, Stian Omar Kistrand, disse, 'as pessoas que vêm aqui não querem medicação. Este é o desejo mais profundo delas. Dizemos, *você pode vir até nós, queremos você como você é, venha até nós com suas ilusões, sua doença, seus pensamentos e sentimentos e história - tudo é bom*. Podemos encontrá-los como são. Quando as pessoas experimentam isso, algo fundamental acontece, tira-se a desconfiança e o medo e diz à pessoa, está tudo bem. E então a pessoa pode começar a crescer. Isso é o mais importante.'

Eles veem isso como um processo, não como uma supressão de sintomas, mas como crescimento para um estado diferente. E o psiquiatra que realmente fez isso acontecer é Magnus Hald, ele vem trabalhando nisso há 10 anos. Da maneira como o sistema é, a maioria das pessoas que vai até lá está sob medicação, porque na Noruega, como em qualquer outro lugar, estão medicando as pessoas imediatamente. E ele está ajudando as pessoas a retirarem as drogas psiquiátricas e sobre a redução gradual dos antipsicóticos, ele disse, 'Eu esperava que fosse difícil, mas foi surpreendente para mim fazê-lo (com sucesso) muito mais lentamente do que eu pensava, e tivemos alguns pacientes que chegaram até o final (sem medicação) com pequenos passos.'

Isso é interessante, o que acontece quando as pessoas param de tomar antipsicóticos? Às vezes, elas sofrem. Porque suas emoções estão voltando, sua capacidade de sentir o mundo está voltando. Ninguém está dizendo que é uma panaceia quando você para com os remédios, mas essas pessoas têm um sentimento muito forte sobre recuperar suas emoções, e isso também é reconhecido por suas famílias. Hald continuou, 'os pacientes frequentemente relatam que, ao reduzirem a medicação, seus

problemas retornam, mas eles encontram novas maneiras de lidar com eles. Essas pessoas têm um sentimento muito forte sobre recuperar suas emoções, e isso também é percebido por suas famílias. Uma mulher nos disse, *‘pensei que tinha perdido meu marido há quatro anos, e agora ele está de volta.’* Este é um dos sentimentos vistos nos relatos pessoais. Você vê repetidamente, ‘recuperei minha vida quando saí desse modelo de doença’. E aqui temos a diretora da *ala sem medicamentos*, Merete Astrup, dizendo, ‘é uma nova maneira de pensar. Antes, quando as pessoas queriam ajuda, era sempre com base no que os hospitais queriam e não no que os pacientes queriam. Costumávamos dizer aos pacientes, *isso é o melhor para você.* Mas agora estamos dizendo a eles, *o que você realmente quer?* E eles podem dizer, *eu sou livre; eu posso decidir.*’

Depois que esse hospital privado foi aberto apenas para fornecer assistência a quem quisesse cuidados sem medicamentos, eu fui lá conhecê-lo, era um lugar muito animado, estive lá no inverno. Esses eram pacientes crônicos, estavam no sistema convencional por cerca de 10 anos. A primeira paciente que chegou teve 241 hospitalizações desde os doze anos de idade e estava tomando trinta e uma drogas psiquiátricas diferentes. Quando cheguei lá um ano depois, ela estava trabalhando para o local, havia reduzido o uso para duas drogas e estava morando sozinha. Um outro exemplo do que você vê quando vai a este hospital é, durante o inverno eles tinham cortado um buraco no gelo e uma das coisas que os residentes gostavam de fazer era ir para o gelo e dar um mergulho. Uma coisa muito diferente.

Tudo isso que eu relatei é uma boa notícia, a má notícia é que parece que estão fechando este programa. Os psiquiatras convencionais bateram nesse programa e conseguiram fechar o hospital privado na primavera e agora estão tentando fechar essa ala que está funcionando há seis anos. Os grupos de usuários estão protestando e uma das coisas que eles conseguiram estabelecer é, ‘não tivemos nenhum avanço ruim com essa forma de cuidado’.

Terapia de Exposição Basal na Noruega

Este é um grupo na Noruega que, há muitos anos, tem retirado pessoas de antipsicóticos. Este é o primeiro resultado com trinta e três pacientes crônicos: dezesseis encontram-se sem medicação e sete estão totalmente recuperados. Eles também estão descobrindo que podem auxiliar pessoas com múltiplas hospitalizações e que não estão

trabalhando, de volta ao trabalho. Então, há uma história de sucesso aqui com um programa de retirada de drogas psiquiátricas bem-sucedido.

O Projeto Soteria nos EUA

Em 1970, havia um programa famoso nos Estados Unidos chamado *Projeto Soteria*, administrado por Loren Mosher, que era chefe dos Estudos Esquizofrênicos no *National Institute of Mental Health – NIMH (Instituto Nacional de Saúde Mental)*. Um dos problemas das pessoas diagnosticadas com esquizofrenia é que elas acabam com medo de estar com os outros. Então, a ideia era ter uma casa administrada por pessoas comuns que viveriam juntas, era simples assim, e eles conduziram isso como um experimento. Pessoas com quadro recente de psicose iriam para o hospital para tratamento convencional ou iriam para esta casa, onde não se administrava antipsicóticos imediatamente. A ideia era que sem os antipsicóticos, a pessoa poderia se envolver mais nas relações, mas se as pessoas não estivessem melhorando eles faziam algo parecido com o que o *Diálogo Aberto* faz.

Voyce Hendrix, primo de Jimi Hendrix, dirigiu este projeto por 10 anos e uma das razões pelas quais esse projeto foi bem-sucedido é porque Voyce é uma das pessoas mais calorosas que você pode conhecer na vida. Quando você está com ele, a primeira coisa que você começa a dizer a si mesmo é, 'Eu sou um cara descolado', porque é assim que ele faz você se sentir. Ele é um ótimo músico por si só e é um exemplo de que não é apenas uma casa, mas quem você tem nessa casa que importa tanto. Não é como se houvesse uma solução mágica.

Esse projeto foi conduzido como experimento e na sexta semana, a psicopatologia com essa abordagem havia reduzido tanto quanto nos cuidados usuais no hospital em resultados de dois anos. Os pacientes de *Soteria* tiveram pontuações de psicopatologia mais baixas, menos readmissões e melhor ajuste global. Quando os pacientes que foram para a *Casa Soteria* saíram, eles conseguiram apartamentos por perto, eles queriam ficar perto dali que havia se tornado a comunidade deles.

Em termos de uso de antipsicóticos, 42% nunca tinham sido expostos aos medicamentos e apenas 19% os usavam regularmente. A conclusão de Loren Mosher foi a seguinte: 'Contrariamente às opiniões populares, o uso mínimo de medicamentos antipsicóticos combinado com intervenção psicossocial especialmente projetada para pacientes recém identificados com transtorno do espectro da esquizofrenia não é prejudicial, mas parece ser vantajoso. Achamos que o equilíbrio entre riscos e benefícios

associado à prática comum de medicar quase todos os episódios iniciais de psicose deve ser reexaminado.' O que estou tentando dizer aqui é que os líderes do campo disseram, há muito tempo, que devemos repensar isso. Realmente, se olharmos para os resultados a longo prazo, precisamos repensar o uso dessas drogas.

Soteria - Israel

Pesach Lichtenberg, um psiquiatra judeu, nascido e graduado nos Estados Unidos, mudou-se para Israel, mas conheceu Loren Mosher. A psiquiatria em Israel é uma forma bastante brutal nos hospitais, é dominada, em particular, por psiquiatras dos antigos países comunistas e é muito agressiva no uso de medicamentos. Pesach tendo conhecido Loren Mosher, começou a montar uma ou duas casas em Jerusalém ao modelo de *Soteria*. Você vai à essas casas e é como visitar a ala sem medicação da Noruega. Na primeira vez que entrei em uma dessas casas, uma das pessoas que estava lá veio até mim, estendeu a mão e disse, 'olá, eu sou Deus', e eu disse, 'prazer em conhecê-lo, Deus'. E então ele disse, 'eu sou Jesus', e eu disse, 'ainda melhor! Prazer em conhecê-lo, Jesus'. Aí ele perguntou, 'gostaria de entrar no meu grupo do WhatsApp? Porque temos uma discussão com Deus'. Eu disse: 'sim, gostaria de falar com Deus, mas eu não falo hebraico'. Ele respondeu, 'Deus traduz'.

Lá eles fazem diversas atividades, exploram cavernas, saem o tempo todo, é um ambiente muito diferente. Inicialmente, o financiamento veio de um pai cujo filho tinha estado no exército - eles tinham que prestar serviço militar em Israel -, então, um ano depois disso, ele viajou pelo mundo e enlouqueceu. Ele voltou para Israel e lhe disseram, 'você vai ser psicótico para o resto da vida'. Estava tomando antipsicóticos pesados, o pai leu *Anatomia de uma Epidemia*, voou para Boston e disse, 'há uma chance de meu filho sair dos antipsicóticos?' Eu disse, 'sim'. Esse filho agora é um compositor conhecido em Israel. Mas seu pai ajudou a financiar o projeto *Soteria* inicialmente porque achava que todas as pessoas deveriam ter essa chance.

Depois das duas primeiras casas, eles me pediram para ir para um debate e a psiquiatria israelense não ficou feliz comigo, mas o Ministério da Saúde Nacional começou a financiar o projeto através dos seguros de saúde. Hoje, existem dez *Casas Soteria* que operam para mulheres e homens e não era apenas para pacientes judeus, era para pacientes palestinos também, para pessoas com origem árabe. Então, isso vinha de um grupo que acreditava e tentava construir pontes dentro de todo o experimento *Soteria*.

‘Minha esperança é que, uma vez que os seguros de saúde financiem o empreendimento, *Soterias* - ou casas de estabilização - se proliferem em dezenas, e pessoas que precisam de cuidados 24 horas por dia exigirão tratamento em tais casas e não em instituições. Não estamos longe do ponto de inflexão para que isso se torne a norma. Em dias mais sombrios, eu me pergunto se as *Soterias* podem sobreviver a longo prazo sem a extraordinária devoção de tantas pessoas que a tornam um lugar tão especial. E, é claro, preocupo-me com como as *Soterias* serão quando se tornarem o padrão de cuidado. Elas manterão o frescor de sua abordagem extraordinariamente humana?’ - Pesach Lichtenberg.

O uso da palavra *humana* nesta frase mostra que se está reconcebendo as coisas. Agora, há um problema, uma vez que conseguiram financiamento, começaram a impor um limite de tempo que se poderia ficar nessas casas. E o problema é que na experiência de *Soteria* podia-se ficar por cerca de seis meses, realmente era preciso algum tempo para se recuperar, podendo até ficar lá por um ano. Atualmente, eles estão expulsando as pessoas em 28 dias e, francamente, 28 dias não é tempo suficiente, então esse é o problema que está acontecendo por lá.

A Rede de Ouvidores de Vozes

Esta é outra reconceituação que remonta à década de 1980. E a reconceituação é que está tudo bem ouvir vozes, muitas pessoas ouvem vozes, e em vez de tentar silenciar suas vozes, que é a ideia com drogas psiquiátricas, com os grupos de apoio, a ideia é aprender a conviver com elas. E a propósito, em pesquisas do tipo *survey* com pessoas que ouvem vozes, muitas relatam que estão realmente felizes por ouvir vozes, acham-nas amigáveis, reconfortantes, esse tipo de coisa. Este é um movimento que se espalhou pelo mundo e tem aqui no Brasil também. A fundação que ajudei a construir em 2010 tem tentado promover o *Diálogo Aberto* ao redor do mundo e também promover a *Rede de Ouvidores de Vozes*. Você pode ver que este é um movimento mundial, é um movimento baseado na reconceitualização do que é possível, é uma nova narrativa. E parte da nova narrativa é ouvir o paciente, as pessoas que ouvem vozes.

Casas de Descanso Gerida por Pares: alternativas à hospitalização

Também temos nos Estados Unidos algo chamado *Casas de Descanso Geridas por Pares*, destinadas a serem uma alternativa à hospitalização. Essa alternativa foi iniciada por pessoas no oeste de Massachusetts e o que eles queriam era poder falar sobre

suicídio sem serem forçados a ir ao hospital porque tinham esses sentimentos. Afinal, se você torna esses sentimentos conhecidos, a polícia pode ir até sua casa e obrigá-lo a ir para o hospital. Inicialmente, eles criaram grupos de apoio para falar sobre isso e também grupos de apoio para ajudar as pessoas a pararem de tomar medicamentos. Neste grupo, atualmente, a maioria das pessoas não estão mais tomando medicamentos.

A propósito, Fernando Freitas visitou esse grupo, que agora se chama *The Wildflower Alliance*, quando foi aos Estados Unidos. Eles abriram uma casa onde, se você está se sentindo suicida ou está preocupado e precisa de ajuda, em vez de ir para o hospital, pode ir até eles e ficar por lá, obviamente, com a participação de outros pares. Portanto, é destinado a ser uma alternativa, principalmente uma casa segura, um lugar de conforto. Eles foram pioneiros nisso e agora, em Oregon, financiaram quatro *Casas de Descanso* diferentes.

Isso é mais uma reconceitualização, é pensar 'não vamos fazer coisas às pessoas, mas vamos fornecer refúgios seguros, onde se possa falar sobre suicídio, e não forçar um tratamento'. A ideia é que as pessoas que estiveram lá tenham experiência e conhecimento que podem ser de grande ajuda para os outros, uma espécie de desprofissionalização desse tipo de cuidado. Aqui temos a missão da Afyra, uma dessas *Casas de Descanso*: 'Afiya se esforça para fornecer um espaço no qual cada pessoa possa encontrar o equilíbrio e o apoio necessários para transformar um momento difícil em uma oportunidade de aprendizado e crescimento' - novamente, não se trata de suprimir sintomas - 'priorizamos oferecer uma alternativa para apoiar as pessoas a evitarem a hospitalização psiquiátrica e outras intervenções disruptivas mais invasivas.'

Instituto Internacional de Retirada de Drogas Psiquiátricas

Cerca de seis anos atrás, ajudei a fundar uma organização internacional chamada *Instituto Internacional de Retirada de Drogas Psiquiátricas*. Atualmente esse instituto é liderado por pessoas no Reino Unido, como John Reed e outros, e a razão para fundá-lo é que muitas pessoas querem parar de tomar drogas psiquiátricas, mas ninguém sabe como fazer isso. Então, a ideia era acumular pesquisas sobre como fazer isso, sobre grupos de apoio, realizar conferências, esse tipo de coisa. Tanto Fernando Freitas quanto Paulo Amarante passaram a fazer parte do corpo docente deste instituto. Acho que uma das coisas boas sobre isso é que você vê essa rede crescente entre os países e espalhando informações. O corpo docente do *Instituto Internacional de Retirada de Drogas*

Psiquiátricas é composto por pessoas de muitos países diferentes, incluindo pessoas da Índia e de todo o mundo.

A razão é, voltando àquela narrativa convencional que foi vendida e foi exportada dos EUA para todas as partes do mundo, e uma das partes que me deixou muito irritado foi que, no estudo da Organização Mundial da Saúde, os resultados eram melhores na Índia, especialmente em áreas rurais. Então, não seria sensato aprender com eles? Não deveríamos nos inspirar neles? Mas a medicina ocidental é tão arrogante que simplesmente ignoramos isso e exportamos nossa forma de cuidado para a Índia. Agora, a Índia basicamente adota um método biológico.

Foundation for Excellence in Mental Health Care. (*Fundação para a Excelência em Cuidados com a Saúde Mental*)

Esta é uma organização que tenta financiar pesquisas, fornecer resultados de longo prazo e fomentar pesquisas sobre essas alternativas, além de promovê-las. Sua missão basicamente é a vontade de transformar o sistema. Quando estávamos em Copenhague, com todos os outros *Mads*, eu disse que o lado mais importante é o *Mad in Brasil*, porque este é o único lugar onde se vê esse esforço de repensar a psiquiatria em torno de uma narrativa diferente com apoio institucional ou comissões dentro de uma instituição. E não é apenas qualquer instituição, a Fiocruz é famosa em toda a América Latina. E aqui vocês também têm um diálogo, um discurso que já está progredindo em torno da diversidade, do respeito à diversidade, dos direitos humanos e coisas do tipo, e alternativas, seja na música, seja com o programa CAPS. Aqui há uma lei muito progressista da qual podemos aprender sobre a proteção dos direitos humanos. Se vocês acessarem o *Mad in America*, verão um novo documento da Organização Mundial da Saúde sobre a aprovação de leis para proteger os direitos humanos de todas as pessoas, incluindo as diagnosticadas com transtornos mentais. É um documento muito progressista, muito avançado em relação a uma revolução total no pensamento.

Então, o que eu coloquei aqui é para observar todo o suporte que vocês têm para repensar a Psiquiatria no Brasil. Vocês estão anos-luz à frente de todos os outros. Em todos os lugares, temos grupos dissidentes. O *Mad in America* recebe comentários ruins o tempo todo de outros meios de comunicação, mas aqui vocês têm algo diferente, têm esta conferência nacional com palestrantes internacionais, estão publicando livros, lançaram podcast, têm a oportunidade de realmente liderar na transformação dessa

narrativa, criando uma nova. Uma das coisas que surgiu no *Mad in the World* é que vamos colocar em nossa primeira página notícias de todos os afiliados, como se fosse um canal para todo o mundo.

Essa é a última coisa que quero abordar. Este foi um comunicado conjunto de 9 de outubro de 2023, da Organização Mundial da Saúde e do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos:

'Nossa ambição deve ser transformar os serviços de saúde mental, não apenas em sua abrangência, mas em seus valores subjacentes, para que sejam verdadeiramente sensíveis às necessidades e à dignidade do indivíduo.'- Volker Türk, Alto Comissário da ONU para os Direitos Humanos.

Este é um documento de desmedicalização, é isso que esse documento significa.

Por motivos técnicos, a transmissão e a gravação foram interrompidas nesse momento. Robert Whitaker já estava concluindo a sua fala, mas não foi possível registrar as perguntas do público e as respostas da mesa.



MESA REDONDA

“A construção de uma agenda de lutas contra a medicalização da vida no Brasil”

EDUARDO MOURÃO VASCONCELOS

Boa tarde a todos, todas e todes, eu agradeço muito ao convite do Paulo Amarante, essa é uma agenda importantíssima para a nossa luta, para a luta antimanicomial, para as políticas de saúde mental. Vamos dar início a mesa que se chama: “A Construção de uma Agenda de Lutas Contra a Medicalização no Brasil”, composta por Céu Cavalcanti, Pedro Carneiro, André Luiz e Rogéria Barbosa.

Recebemos agora Pedro Carneiro, do Instituto Sede Sapiência de São Paulo; André Luiz, é um familiar militante do MNLA, do Espírito Santo. Nós do Movimento Antimanicomial do Brasil, temos o perfil de permanecer ao mesmo tempo com os profissionais trabalhadores, estamos também com os familiares e as pessoas usuárias;

Hoje é sugerido usar pessoas usuárias, porque tem a questão de gênero e com isso vem sendo questionado, principalmente pelas pessoas não binárias que afirmam: "Eu não sou nem usuário, nem usuária", então são pessoas usuárias e, ao mesmo tempo, pessoas.

Recebemos a Rogéria Barbosa, ela é usuária e militante antimanicomial há muito tempo, aqui do Rio de Janeiro, artista, pintora.

PEDRO CARNEIRO

Boa tarde!

Bom, é um índice de algumas estratégias, e no final vou falar das pautas, um pouco das propostas, mas vou começar com as estratégias, porque a questão da desmedicalização, ela acompanha toda a minha vida profissional, desde o início. Pelas minhas escolhas. Eu sou médico-psiquiatra, eu me especializei em psiquiatria, mas depois que eu me especializei em psiquiatria, eu também fiz uma especialização em homeopatia. E, paralelo a essa minha especialização em homeopatia, que é uma prática integrativa, eu entrei na luta antimanicomial.

E assim integrou realmente uma coisa para dar um outro impulso, porque eu já estava quase deprimido na psiquiatria que eu via na época, antes da lei 10.216, que institucionalizou a reforma psiquiátrica. Antes o que você tinha era muito manicômio no país. Hoje ainda tem, ainda precisamos tirar muitas pessoas que estão presas no manicômio através da desinstitucionalização com as residências terapêuticas, mas ainda tem muita gente, mas é diferente daquela época.

Fiz essas duas escolhas, mais ou menos ao mesmo tempo de fazer o curso de homeopatia e de entrar na luta antimanicomial, junto com muitos companheiros que estão aqui, e isso mudou minha vida. Então, eu vou falar de algumas passagens de desmedicalização que têm a ver não só com a minha experiência como homeopata, mas principalmente com uma pessoa que é um profissional da rede.

Eu sou psiquiatra do SUS em São Paulo, e vou falar de algumas questões que passaram não só pelo perfil institucional como psiquiatra, mas da minha atuação no território, uma atuação que fizeram hoje de manhã muitas pessoas que trabalham em CAPES. O que temos que fazer?!

Uma estratégia que foi muito usada, por volta de 2004, no Fórum Paulista da Luta Antimanicomial, do qual passei quase 11 anos, coordenei vários fóruns, nós tínhamos uma reunião por mês desse fórum. E, em uma dessas reuniões, por volta de 2004, um usuário pediu a palavra assim, um usuário que era quietinho, nunca falava, ele disse: “*Como é que a gente faz para trabalhar? Porque a gente é excluído quando queremos fazer um trabalho formal e muita gente também tem o benefício e é proibido de trabalhar no trabalho formal, qual é a saída?*”

E com isso ficamos pensando, das estratégias, uma delas é uma coisa muito potente, que é a questão das associações de usuários familiares e profissionais. Então, nós montamos uma associação que se chamou Associação Vida em Ação, projeto esse que se criou dentro da Associação Vida em Ação, ligado ao Fórum Paulista, ou seja, foi uma associação que saiu do Fórum Paulista, saiu de uma perspectiva de território e não de serviço. É uma coisa muito importante na desmedicalização, porque as práticas não devem ser feitas só dentro dos CAPS, ou só dentro das UBS, só dentro de serviços, mas tem que ser também feita de dentro para fora, ou seja, para o território, e as grandes práticas, as grandes mudanças criativas ocorrem no território.

O projeto SACI surge de uma ideia, depois de configurado já a Associação Vida em Ação, o primeiro projeto realizado foi um projeto que conseguimos uma doação de uma ONG bem maior do que a associação, e com essa doação alugamos uma casa e

colocamos vários projetos de geração de renda nessa casa, Tinha projetos como a Louca Sabedoria, o projeto SACI que surgiu porque existia um grupo de usuários que compareciam aos eventos, serviam às pessoas, no coffee break, em várias oportunidades, e era um grupo muito forte. Esse grupo também foi lá e fez o café e a alimentação também vinha de um projeto de alimentação de usuários.

Com isso, nós colocamos vários projetos nessa casa e a circulação que foi realizada foi de usuários de vários CAPs, de vários centros de convivência, foi muito interessante. Os profissionais também frequentavam a casa e alguns psiquiatras chegavam lá na casa e perguntavam “o que aconteceu com o fulano? ”, fulano era o usuário que estava na casa. Ele está bem melhor, porque ele está aqui, está circulando no território, está vivendo, está tendo um sentido. Em vez de estar só no CAPs, agora ele tem um outro lugar. E a partir disso, dessa ideia que deu muito certo, quando eu estava na assessoria de um dos distritos sanitários em São Paulo, que é o Distrito Oeste, hoje se chama Coordenadoria de Saúde Oeste, eu e Beth Miola, também era uma militante, estávamos trabalhando como assessor de saúde mental nesse distrito. Pensamos: *“Poxa, o SACI deu certo, porque a gente não virou uma política pública nisso?”* E assim vem as dificuldades burocráticas. O que fizemos? Na época, já tinha a lei da RAPS, da Rede de Atenção Psicossocial, com seus eixos.

O eixo 7 (Estratégia de Reabilitação Psicossocial), pegamos o molde desse eixo e fomos falar com algumas pessoas ligadas à secretaria e fomentamos uma política pública. Hoje em dia em São Paulo, existem dois pontos como o SACI, como a associação iniciou, mas como política pública. Um no bairro que se chama Butantã e outro no bairro de Pinheiros, em frente à Praça Benedito Calixto, quem conhece São Paulo sabe que é uma praça super conhecida, e que fazem o que o SACI fazia enquanto associação. A Associação Vida e Ação continua fomentando, continua trabalhando com a rede EcoSol, que é a rede de economia solidária, e recentemente o vereador Eduardo Suplicy conseguiu uma lei na Câmara sobre a economia solidária. Juntou-se muita coisa num movimento que começou muito simples, mas começou fora do CAPs. Começou pela política de um fórum de luta antimanicomial. O CAPs, quando a gente pensou inicialmente, como centro comunitário de saúde mental, ele era um articulador de políticas para o território.

As pessoas querem pensar no CAPs de fora para dentro, mas as políticas do CAPs são de dentro para fora. Isso é o que produz novas subjetividades, que dão sentido a ações que esses usuários vão fazer no território, facilitadas, claro, pelos profissionais do CAPs, numa circulação maior na cidade. E isso é extremamente desmedicalizante. Na minha

experiência prática com isso, quando você inventa, quando você cria, quando você sai dessa burocracia só de oficinas do CAPs, do acolhimento, das coisas tradicionais, que são muito boas, são muito legais, mas isso é só o começo para fomentarmos práticas fora do CAPs. Resumidamente é a luta política fomentando novos fóruns de saúde mental, da luta antimanicomial.

E algumas experiências que não participei diretamente, no entanto, tenho amigos que fomentaram, como por exemplo o Coral Cênico dos Cidadãos Cantantes, que a Cris Lopes, que é uma colega lá do SEDES também, professora do curso, fez um coral brilhante, que você pode ser do CAPs, da UBS, ou encaminhar as pessoas para o coral. Eu tinha uma paciente que tomava Risperidona, tinha um diagnóstico interrogado de autismo. Retirei meio comprimido, começou a agitação e tal.

Dialogo citado por Pedro Carneiro:

- *O que ela faz? O que ela gosta?*
- *Ela gosta de passear na praça e depois volta.*
- *Mas o que ela gosta mais? Ela gosta de cantar.*
- *Aí eu, ah, é?*

Aí eu pensei, vou mandar para o coral.

Com seis meses de coral, eu tirei a outra metade da Risperidona, tomava uma Risperidona por dia. Encerrou o uso da Risperidona, essa menina estava outra. O que é gratificante, a mãe, que era super protetora, quando chegou no coral, tudo que a filha fazia a mãe reprimia, querendo protege-la no coral. Foi observado que era melhor convidar a mãe para integrar o coral, porque se ela fizer alguma coisa para reprimir tinha a possibilidade de “deixar” a filha em paz. E assim foram e estão muito felizes no coral. Quem gosta de redução de danos? Alguém trabalha com redução de danos aí? Eu sou fã.

O Pagode na lata, é um grupo que tem na Cracolândia, em São Paulo, que começou com quatro pessoas que tocavam pagode e convidavam os usuários da Cracolândia para compor, tinham os instrumentos que eles conseguiram subsidiados. Hoje é um grupo de 18 pessoas que não se apresenta só na Cracolândia, mas em vários locais. A redução de danos é tudo!

Se falou muito das práticas integrativas, e muitas perguntas durante o Congresso. E do mesmo jeito que nós tivemos a Lei 10.216, de 2001, como marco para a reforma,

para as práticas integrativas, em 2006, teve a portaria 971, que é uma portaria muito importante e depois vieram várias outras portarias, agregando várias outras práticas. Hoje a gente tem uma lista de práticas que é permitida usar no SUS, pois nem a homeopatia era. Isso é muito interessante, você ter um serviço público, um sistema de saúde (SUS), que promove práticas integrativas, não tem em todo lugar do mundo, é um recurso.

Qual seria a relação das práticas da reforma com as práticas integrativas?

Pensando nessas perguntas, elaborei algumas características que são em comum desses dois campos.

- Uma prática centrada no sujeito e não na doença; A racionalidade biomédica, ela centra muito na doença e esquece o sujeito, e o sujeito com a sua subjetividade ampliada, ou seja, um sujeito que se relaciona com o mundo, com o social, com o político.
- Priorizar vínculo e reconstituir os símbolos e os significados ligados ao adoecimento; falamos muito na reforma e essas práticas trazem muito concretamente. A questão do vínculo é uma prioridade para nós. Muita gente fica preocupada em dar diagnóstico antes de vincular. Primeiro vincula, depois pensa em alternativa de diagnóstico. Senão, as pessoas colam o diagnóstico na sua identidade, esquece diagnóstico, escuta, sente, vê, vincula. Depois é que vem o diagnóstico.
- Noção de integração corpo-mente-corpo-social, essa integração, essa quebra da dicotomia que o modelo biomédico fala muito, essas práticas integrativas também fazem essa quebra, seja na medicina tradicional chinesa, seja na homeopatia, seja na antroposofia. Se falou hoje da medicina indiana, a medicina ayurvédica indiana, que é importante e que está lá no SUS.

Tem terapeutas ayurvédica fazendo essa prática no SUS, em São Paulo, pelo menos tem. Enfim, são racionalidades de saúde que vê a pessoa como o todo, mas o todo dessa pessoa psicossomática em relação social, o que eu tenho chamado de uma relação sóciopsicossomática.

- Reforça a cultura das solidariedades nas práticas de grupo; Por exemplo, o Tai chi chuan, vai para além da prática em si do tai chi, tem a questão do encontro das pessoas, o que torna isso muito potente, no encontro do grupo e é muito bom para a saúde mental. Tem muito a ver com a saúde mental. Podemos, por exemplo, no CAPS, ou quem trabalha com saúde mental na UBS, encaminhar para esses grupos de Tai chi

chuan, de lian gong, que tem nas práticas integrativas, e que geralmente tem nas unidades básicas de saúde aqui no SUS.

- Exemplo prático na minha prática clínica; Como médico, realizei um trabalho na UBS, no centro de São Paulo, ali no Bixiga (Local que possui uma tradição muito forte de cultura e arte), passei quase cinco anos na experiência na UBS, onde utilizei a homeopatia.

E por que eu estou falando de desmedicalização ampliada? Porque a homeopatia você pode sim ir usando, como deve ser também a acupuntura, como devem ser também outras racionalidades, que você vai tirando o remédio alopático e vai colocando um homeopático ou entrando com a acupuntura, para facilitar que o indivíduo agente esse processo de desmame de uma forma bem interessante, no sentido de que ele vai poder elaborar melhor essa passagem bem lenta, até porque é mentira que os antidepressivos, por exemplo, não dão abstinência, dão abstinência sim! Porque fica perceptível o sofrimento quando a pessoa vai desmedicalizando. Muita gente acha que quando a pessoa desmedicaliza, vai tirando o antidepressivo e a pessoa piora, está voltando à depressão, porque é isso que as indústrias farmacêuticas dizem as pessoas, mas não está voltando à depressão é a abstinência do medicamento. A homeopatia, como a acupuntura, como qualquer outra prática integrativa, pode entrar nesse lugar de amenizar esse sofrimento de abstinência. É uma estratégia.

Não estou dizendo que isso vai resolver o problema, até porque estratégia tem um tempo, “E o que vai realmente entrar no lugar da droga?” É justamente o que eu tenho falado dessa circulação no social, no investimento do território. Por exemplo, a menina do coral, “O que você gosta de fazer?” Então, durante o desmame, você também tem que fazer um projeto terapêutico singular para que entre em lugar na vida desse indivíduo outra coisa que não seja a droga. Isso serve para a droga lícita e também para a ilícita na redução de danos.

Vejam que semelhança, não é?! Esse trabalho que eu fiz na UBS foi selecionado para um portfólio de práticas aqui da Fiocruz, inclusive. O site onde está ancorado várias práticas integrativas que ele chamou de Portfólio de Práticas Inspiradoras em Atenção Psicossocial. - <https://portfoliodepraticas.epsjv.fiocruz.br/>

Vão aparecer várias práticas nessa área psicossocial relacionadas com práticas integrativas e outras práticas também de arte, de cultura, etc.

Falando sobre a questão da espiritualidade, da religiosidade, da questão da relação dos nossos povos ancestrais, queria chamar a atenção que existem alguns rituais que é

aqui na cidade, que é bem diferente do contexto, a questão do contexto que o Robert falou, que é muito importante. “Uma coisa é você fazer no Amazonas, outra coisa é você fazer na cidade”, chamando a atenção, para muitas pessoas, isso pode ser uma ideia de desmedicalização, mas muitos usuários chegavam e diziam que iam fazer o ritual da Ayahuasca. E eu estou no desmame do antidepressivo, mas eu não tirei o antidepressivo. E aí, o que é que eu faço? Não existe consenso de artigos nessa área, mas existem algumas falas dizendo que você tem que retirar dois dias antes e dois dias depois o antidepressivo, porque senão essa pessoa pode ter uma síndrome muito terrível que se chama Síndrome de Serotonina.

Por quê? Porque a Ayahuasca também é inibidora de recaptção da serotonina. Então, se você está com um inibidor seletivo de recaptção de serotonina que são os antidepressivos, pode dar um boom não muito bom. Apesar de não ter muitos artigos, tentamos dar essa informação, porque isso é uma estratégia boa para quem toma Ayahuasca aqui nas cidades, não só a Ayahuasca, mas a vivência dos psicodélicos. O que é mais interessante nos psicodélicos não é a droga em si, mas é o que você vivência com eles, como você elabora essas vivências, como você ressignifica, a partir dessas vivências, muitas coisas do seu cotidiano, inclusive a crítica em relação às medicações homeopáticas.

A questão da vivência ela é fundamental, seja nos cogumelos mágicos, no MDMA, que é o êxtase, no ácido, na Ayahuasca e estar atento a isso; E sobre a cannabis, o Sidarta falou muito bem, mas eu queria chamar a atenção para as associações de cannabis que a gente tem construído no Brasil, é muito potente. Temos que investir nisso, porque, senão, vai ser cooptado pela indústria farmacêutica também no processo de legalização da cannabis ou de descriminalização, vamos reforçar esse apoio a essas associações de familiares e usuários da cannabis, porque de lá que vem a cannabis pura, bem mais potente do que esses remédios caríssimos que estão sendo vendidos hoje em farmácia, como o canabidiol, portanto aposto nas famílias. Para fechar, eu pensei em algumas propostas:

- Reforçar o tema da desmedicalização nas associações de usuários e nos cursos de formação em saúde mental. Eduardo, está agora com um livro sobre os cursos de especialização em saúde mental, que faça com que esse tema entre nos cursos de especialização em saúde mental, achamos muito importante.
- Criar um observatório nacional sobre a medicalização, com a participação de usuários e familiares do movimento da luta de antimanicomial, das Práticas Integrativas, e das

associações e projetos ligados a Redução de Danos. Poder criarmos um grande observatório. No entanto Paulo comunicou que já existe o Observatório de Direitos Humanos e Saúde Mental, que poderia ancorar ou integrar essas duas ideias no observatório e no próprio Mad.

- Grupo de pesquisas para fomentar trabalhos na área de desmedicalização.

é importante que a gente, para fundamentar o nosso movimento de desmedicalização, tenha vários trabalhos que nos fundamentem, como o Robert trouxe hoje.

Precisamos avançar. E a Fiocruz tem um papel importante nisso. E eu espero que surjam vários trabalhos para a gente fazer uma desmedicalização ampliada. Aquela que não é só tirar o remédio, mas é, junto com o paciente, co-responsabilizando o usuário de um novo sentido para a vida dele, que não seja só a droga.

Muito obrigado, gente!

EDUARDO MOURÃO VASCONCELOS

Agora vamos chamar a Céu Cavalcante. É a Presidente do nosso CRP (Conselho Regional de Psicologia). Um prazer estar aqui com você e com a sua fala.

CÉU CAVALCANTI

Obrigada!

Bom, começo agradecendo poder estar aqui, é muito importante estar nessa casa, muito importante estar com vocês, conversando sobre esse tema tão urgente, que várias das pessoas aqui, que são referências muito importantes para nós, e especialmente para mim, na minha trajetória, já pautam esse tema faz tempo, já estão atentos a esse tema e aos caminhos que ele vai tomando cada vez mais há um tempo. Estou bem feliz de estar aqui. Sou Céu Cavalcanti e sou presidenta no CRP, tenho alguns caminhos no Legislativo, como assessora técnica. Então, tem alguns lugares de borda que vamos podendo ocupar e que vão produzindo certa reflexão sobre as coisas, terminando um doutorado em Psicologia na UFRJ, enfim, mas fico muito feliz de estar aqui com vocês, fico muito feliz de estar podendo conversar com vocês e poder não ter sido a primeira e te ouvir e ver como a gente tem consonância com várias das perspectivas.

Porque, do modo como eu entendo, como a gente compõe mesmo conversas, para mim faz mais sentido entender como pensar em voz alta é pensar coletivamente, com isso preparei um conjunto de rascunhos, de pistas para pensarmos, mas, por favor, entendamos como um pensar juntas, um convite para que possamos ir trocando, pensando estratégias, e especialmente, muito me alegra o tema dessa mesa e poder estar aqui pensando nessa mesa de encerramento de um evento tão potente que se propõe a jogar pistas sobre uma certa agenda de luta contra tudo isso. Traçamos um mapa dessa problemática e vai tendo também o desafio de pensar “*Que agenda de contraposições a gente pode desenhar aqui?*”, ainda mais numa mesa que se propõe a pensar agendas possíveis, tem um algo de imaginar coletivamente que muito me interessa. Vamos imaginando e pensando esse conjunto de reflexões, que talvez ajudem.

Entendamos assim:

Um primeiro ponto, que fiquei pensando sobre essa possibilidade de uma agenda de lutas contra esses temas, de algum modo. O primeiro, que está de acordo com o final da sua fala, é que tem uma certa complexidade de pensar essa hipermedicalização ou os usos da hipermedicalização no nosso tempo, que faz, com que talvez não tenhamos como pensar estratégias concretas, políticas cotidianas, institucionais, de pautar esse tema, descolando-o de um debate super amplo e talvez até um pouco hipócrita que a nossa sociedade vai fazendo da própria política sobre drogas, de uma forma mais ampla. “Como assim?!”

Com certeza vocês conversaram com isso com as pessoas excelentes que passaram e que estão passando por aqui nesse evento, mas parece que tem uma ambiguidade disjuntiva muito esquisita de, por um lado, uma hipermedicalização, um convite a que todas as pessoas façam hiperconsumo de determinadas substâncias, e, por outro, a gente produz uma guerra a um conjunto de outras substâncias, como se a gente guerreasse contra substâncias que, na verdade, guerreiam contra determinadas pessoas.

Parece uma sociedade um pouco, no mínimo, se for para usar essa palavra, hipócrita, a mesma sociedade que produz um hiperconsumo de algumas substâncias produz uma guerra violenta e armada contra determinados usos de outras substâncias, no meu ver, não tem muito como descolar esses dois debates, não tem como descolar um panorama amplo de um Brasil que produz uma política sobre drogas e que vá retrocedendo ano a ano nessa política sobre drogas, que é o mesmo Brasil que produz,

enfim, certos manejos da indústria farmacêutica que vai ganhando proporções cada ano, cada vez maiores de expansão, de distribuição dos seus produtos, e isso nos convoca a pensar uma primeira grande complexidade desse tema.

Especialmente se nos perguntamos “onde está a diferença, qual é essa vírgula que faz com que, para cá a bifurcação seja uma, para cá a bifurcação, seja outra?!” e, talvez, não dê para costurarmos uma agenda palpável de estratégias sem necessariamente interseccionalizar esse debate, sem necessariamente pensar que estamos falando de determinados territórios, determinadas pessoas, determinados corpos, e que a guerra vai ser uma guerra contra algumas pessoas e essas algumas pessoas têm marcadores históricos, marcadores historicamente herdados de relações com diferentes substâncias, a exemplo, a própria maconha. Enfim, basta olhar a história da maconha no Brasil, é muito elucidativa de uma série de questões para nós, no contemporâneo.

Mas isso só para jogar uma primeira grande complexidade, esse tema é complexo e exige de nós pensamentos e perspectivas e abertura para pensarmos que problemas complexos exigem também respostas que não sejam simples, exigem estratégias que não sejam simplificadas, já que a simplificação também vai produzindo o avesso de um cuidado. A simplificação produz o avesso de uma possibilidade de fato de reparação, de fato de produção de estratégias muito eficazes. Acho que a gente, nessa casa, historicamente... que a casa foi, inclusive, criada para fugirmos de simplificações, para criarmos pensamento complexo e, a partir dele, produzir ação no mundo.

Essa é uma primeira grande complexidade desse debate facilmente capturado por essas polaridades, de algum modo como se fossem coisas completamente separadas, mas, na prática, não é, o mesmo Brasil que legisla sobre guerras cada vez piores em alguns territórios é o mesmo Brasil que vai lá com algumas agências de fomento produzir liberação para algumas indústrias estrangeiras chegarem, se apostarem e lucrarem cada vez mais, Canabidiol é um exemplo do que está acontecendo agora, inclusive, sobre isso; Empresas estrangeiras tentando ver o mercado consumidor e, parece que flexibiliza esse debate aqui, mas acirra o outro em outro território, para que esse aqui tenha público consumidor, inclusive. Só para começar convidando a entender que tudo tem um panorama mais amplo do que a própria questão da relação com a substância em si, mas que isso se insere num contexto necessariamente cultural, histórico, econômico e, por que não, geopolítico também, tem uma certa geopolítica que nos opera o tempo inteiro nesses temas.

Pensando nesses temas, nesse tempo curtinho que temos aqui, é só mais um jogar pistas para pensarmos juntas e depois rodar a palavra. Se tem um panorama maior, um quadro maior, pensando, inclusive, de formas sensacionalistas, às vezes distópicas, às vezes até hipócritas sobre esses temas todos, tem um debate que gosto muito, tem um filósofo homem trans que gosto muito há muitos anos, que é o Paul B. Preciado, já fazem mais de dez anos o Paul escreveu um livro chamado *Testo Junkie* e nesse livro, o Paul foi descrevendo o que ele chama de uma auto-experimentação filosófica, ou uma auto-teoria hormonal. Enfim, o Paul, em um determinado momento da vida, decidiu se auto-aplicar a testosterona, ele já era um professor de filosofia, na época “uma mulher”, e decidiu, vou me auto-aplicar e vou documentando e refletindo filosoficamente sobre o que vai acontecendo a partir do manejo com essa substância, o que gerou um livro, na época que causou muito frisson, um pouco mais de dez anos atrás, que foi chamado *Testo Junkie*.

Mas por que interessa esse livro? Porque, nesse livro, em determinado momento, o Paul foi entendendo que existe algo e ele produz uma elaboração sobre algo que ele foi nomeando como uma farmacopolítica, uma certa política dos fármacos que foi produzindo as relações ocidentais, inclusive com o que é saúde, com o que é doença, com como a gente maneja determinadas substâncias. E em um determinado momento do livro, o Paul foi entendendo que existiam talvez uma série de saberes comunitários compartilhados comunitariamente sobre plantas, sobre usos e efeitos de algumas substâncias em cada território, localizados, ritualizados a partir de cada cultura, e que nossa cultura ocidental, com o avanço de um certo capitalismo, viu uma possibilidade de lucro enorme com isso.

Essa possibilidade de lucro tinha dois vieses: Primeiro, a proibição do acesso a esse conhecimento para as comunidades e para as pessoas de modo mais amplo, e segundo, a captura dos modos de tratamento, dos modos de manejo, dos modos de produção dessas substâncias, a comercialização e a venda para essas mesmas comunidades que anteriormente faziam uso dessas substâncias de outras formas.

Isso gera, por um lado, proibição, por outro, roubo de fato desse conhecimento, mudança desse conhecimento a partir de um refinamento suposto, e a comercialização de volta para as mesmas pessoas de onde esse conhecimento historicamente foi expropriado, assim, de algum modo, e o povo foi entendendo que isso foi compondo, especialmente nas colônias, especialmente no sul global, certo modo de relação que ele entendeu como uma certa farmacopolítica; Indústrias que foram tendo, no decorrer do século passado,

cada vez mais poder, Indústrias que foram tendo, no decorrer do século passado, cada vez mais entrada na vida de todas as pessoas.

E, se pensamos aqui em contexto Brasil, todo mundo consegue pensar, por exemplo, qual é a nossa relação com a medicação, e qual era a relação das nossas avós quando tinham as nossas idades, com certeza era outra entrada que se tinha na nossa vida cotidiana, no dia a dia, na minha gaveta que está ali cheia de medicação hoje, que talvez duas gerações atrás não teriam a gaveta cheia de medicações variadas, mas o Paul foi apontando como, com o avanço de uma certa lógica de um capitalismo que foi ficando cada vez mais neoliberal, isso vai se acirrando, e essas duas instâncias vão se acirrando. O controle sobre determinados saberes, outros que poderiam cuidar desse problema de outras formas, tem um controle aqui, uma restrição desse cuidar dessa questão de outra forma, e uma comercialização, uma venda e um lucro imperativo até dessas mesmas questões, como se fosse a única saída. “Ah, uma dor de cabeça, Céu...” Talvez a única saída é aqui, um Dorflex, aquele chá de colônia que tua avó fazia. Esquece, nem existe. Tu nem sabe que existe isso.

Existe uma dinâmica que a gente vai sendo manipulada, dinâmica, inclusive, completamente atravessada pelas lógicas coloniais, se pensarmos, por exemplo: “Quem tinha acesso ao saber comunitário? Quem guardava? Quem eram as pessoas guardiãs desse saber?” Sabemos muito bem em quais territórios, quem sabia e quem vai sendo proibida de exercitar e saber sobre isso. Mas, de fato, aqui, andando um pouco rápido, para a gente pensar esse quadro maior, o povo vai nomeando esse movimento com essa palavra de uma farmacopolítica, uma política dos fármacos operando no Ocidente no decorrer do século passado inteiro, com cada vez mais capilarização na nossa vida cotidiana, e essa capilarização vai inserindo essa política dentro dos dois grandes vetores – aqui, só para a ir pensando juntos, não vou entrar muito nisso –, da biopolítica e da necropolítica. Biopolítica como controle da vida, necropolítica como a produção da morte de algumas pessoas como prerrogativa do Estado, tem o manejo do Estado o tempo inteiro, o manejo do que é política do Estado o tempo inteiro, o manejo de tudo isso.

Mas tem uma imagem, andando muito rápido aqui, muito mais jogando como asterisco para depois a gente conversar ou quem se interessar poder procurar, tem uma imagem que o Paul usa nesse mesmo capítulo que acho muito interessante para a gente pensar sobre o que estamos conversando, ele vai apontando, em certo momento, que, com o passar do século passado, a ideia do panóptico que o Foucault pensava, com aquela estrutura arquitetônica que servia para vigiar e controlar as pessoas, o Preciado foi

entendendo que, talvez, no contemporâneo, talvez no final do século passado e no começo desse século, a gente não precise mais de um panóptico tal qual o Foucault e o Bentham pensaram anteriormente, como estrutura arquitetônica de controle, porque o Preciado afirma, e acho muito forte essa afirmação, de que hoje a gente come os panóptico, ele entende e ele até nomeia algumas medicações como *panóptico comestíveis*, não precisamos que o controle venha de fora, a gente não precisa de uma estrutura que vai regular meu corpo, minha função no mundo, meu modo de reagir, eu como alguma coisa. Eu ingiro para dentro do corpo alguma coisa que vai regular meu humor, vai regular meu modo de agir, vai regular até onde meu corpo vai ou não vai e até onde meu pensamento vai ou não vai.

Com isso, o Preciado pensa que a gente viveu com a farmacopolítica uma dobra, uma dobra inclusive nas instâncias de controle, nas ferramentas de controle que temos, e controle eu estou dizendo de um modo mais amplo de quem a gente pode ser no mundo, como é que a gente age no mundo como que a gente está ou não funcional para produzir lucro para alguém, de novo tudo isso está amarrado num quadro maior, mas para mim essa imagem do Preciado é muito forte de que atualmente a gente come panóptico, os panóptico são todos comestíveis e não precisa mais de uma regulação tão para além daqui eu mesma me regulo ingerindo, na atual a gente até chamando de reguladores algumas dessas substâncias. O Paul pensa que essa regulação de modo mais amplo e mais curioso assim de algum modo e de novo não tem como não pensar isso de uma forma complexa, não tem uma linha só mas acho que é uma encruzilhada.

Não tem como não pensar de uma forma complexa entendendo que tudo isso também serve a determinados fins, se por um lado produz algumas estratégias que a gente faz uso e lança mão por outro também serve a determinados fins. Fins inclusive que colocam e convidam a gente a pensar também sobre quais seriam as formas de produção de desejo desses modos de controle.

Terceiro e último ponto, eu pensei nessa problemática antes de pensar nas possibilidades, isso tudo também pensamos o que é que mudou Preciado no decorrer do século passado, o que é que foi mudando que a gente foi puxando para nós essa tarefa de autorregulação, inclusive de amortecimento, dos afetos com esse mundo esquisito e de uma hiper velocidade de efeito que esperamos que agora mesmo já aconteça o que eu preciso que aconteça, que agora mesmo sintomas já modifique para outra coisa, sem nem viver o processo, de entender o que é esse sintoma e não tem como não entender tudo isso sem entender que vamos vivendo.

Alguns autores e autoras já vão apontando um certo modo de produção de subjetividade completamente atravessado pelo nosso tempo e de como vivemos um certo modo de estar no mundo, um certo modo de viver as nossas relações, viver as nossas possibilidades pautadas a partir de um capitalismo neoliberal, não tem como não entender que vamos sendo pautada por isso, vai sendo convocada a funcionar assim e vai operando no mundo a partir daí, vai sendo convidadas.

E novamente reafirmando que todo mundo se cava um pouquinho talvez consigamos perceber como já funciona de um modo completamente diferente do que 10 e 15 anos atrás, quando nem tinha celular, tínhamos outra velocidade para fazer as coisas, outra velocidade para responder, para produzir respostas para produzir produzir... Vamos tendo uns loopings de tempo, que vão aumentando um pouco em alguns níveis de certa velocidade da nossa produção de coisas no mundo, e ao mesmo tempo vão nos convocando a funcionar de determinados modos que a gente não funcionava antes.

Mas nesse sentido podemos facilmente entender, particularmente, tem feito sentido entender junto com essas pessoas, tem um certo modo nosso de estar no mundo que a gente pode chamar de um certo modelo de subjetividade, que vai nos convocando sem nem perceber e operando a partir das respostas a esse capitalismo neoliberal, ao modo como esse modo de vida vai cobrando determinados modos de estar, que não compreendem por exemplo que alguém de nós possa falhar, em algum momento, possa parar de funcionar, possa não ser produtiva por algumas semanas, vivemos o modelo de vida que agora torna impensável a possibilidade de parar, seja pelo que for. Impensável a possibilidade de ir mais devagar, seja pelo que for. Impensável inclusive sobre a sanção de você não ter emprego, não ter o que comer, não ter onde morar, tem uma sanção muito concreta na vida concreta caso qualquer um de nós pare de funcionar agora nesse momento, é um efeito super perverso, que fala de um modo singular mas fala de uma produção coletiva do nosso tempo.

Terceira e última pista para caminhar rápido nisso tudo não tem como pensar possibilidade de contrapor a tudo isso sem entender de que estamos falando de um sintoma do nosso tempo, e que o nosso tempo tal qual ele foi se modulando a partir desse tipo esquisito de capitalismo que a gente foi entrando dessa convocação esquisita que a gente vai tendo para funcionar de determinados modos, vai nos convocando a ocupar determinados lugares e nesses determinados lugares a ideia da resposta imediata seja por que for parece uma prerrogativa, parece que ah “tô sentindo aqui uma angústia quero uma

resposta agora”, “tô sentindo aqui alguma coisa quero parar com isso agora” não vou ter tempo de colocar em análise o que é isso, de onde vem, como é que eu faço, para onde que eu modulo, parece que não tem muito tempo para elaborar as coisas, elaborar a vida, elaborar os processos todos que vamos vivendo e junto com esse elaborar tudo dessa resposta neoliberal estamos vivendo uma outra complicação que é importante levantar para pensarmos em estratégias.

Um debate que é muito feito aqui nessa casa tenho certeza, e que vocês já fizeram no decorrer desse evento de como vamos tentando produzir respostas individualizadas e rápidas imediatas para questões históricas, para questões sociais, para questões de desigualdades que existem desde que esse país é fundado, de novo não tem muito na minha leitura como pensar no adoecimento da nossa população, sem pensar que a nossa população ainda sofre efeito de séculos de escravização, sem pensar que a nossa população ainda sobre efeitos de séculos de genocídio contra povos originários, que a nossa população sofre ainda tipo maquiado de determinados modos novos uma guerra que existe desde que essa lugar foi invadido pela Europa, a guerra permanece, na minha leitura de saúde não tem muito como pensar a produção de saúde coletiva desconsiderando a história do lugar que estamos, a história de quem nós somos, a história de como a nossa relação com as pessoas vai sendo mediada e modulada pela lente que a gente herdou disso tudo, não tem como não pensar tudo isso.

Pensando nesses efeitos, o que temos para fazer sobre isso, como lidamos com o processo de tentar solapar de modo individual e urgente um sofrimento talvez ou um adoecimento que é histórico, um sofrimento e um adoecimento que vem da impossibilidade de vida de uma camada enorme de pessoas desde que esse lugar é posto como um lugar.

Tem dois caminhos também e eu estou jogando para conversarmos na leitura, se pensarmos numa perspectiva macropolítica, das políticas mais amplas de algum modo, talvez tenha uma disputa que estamos fazendo inclusive nesse momento, que é disputar agendas institucionais, disputar a produção de discurso sobre o assunto, disputar inclusive o próprio conceito do que é saúde e o que é cuidado, já que, dentro dessa dinâmica vamos vendendo que o cuidado imediato é a medicalização, sem medicalização não existe cuidado possível. E vamos comprando esse discurso o tempo inteiro, nós enquanto equipe de saúde vamos comprando esse discurso de que cuidado é sinônimo de medicação, se não tem medicação como centro de tudo, não tem cuidado por mais que seja uma equipe multi, eu já vi e já trabalhei em algumas equipes que pensavam assim, temos uma certa

disputa de discurso, e que nos ajuda disputando esse discurso, disputar como que o estado brasileiro vai pautando inclusive o que é cuidado, já que essas dimensões na minha leitura, tudo tem duas dimensões ao mesmo tempo, tem uma dimensão mais sutil da relação, tem uma dimensão concreta de quanto dinheiro vai vir para comprar medicação e quanto dinheiro vai vir para contratar a equipe multiprofissional, quanto dinheiro vai vir para a produção de espaços de acesso à cultura. Tem uma disputa muito concreta que se materializa, inclusive na pasta concreta do financiamento que vem de um determinado ponto ao outro, mas tudo isso também vai tomando forma a partir da disputa discursiva.

- *Qual é a perspectiva de saúde que está sendo pautada?*
- *Qual é a perspectiva de cuidado que está sendo pautada?*

Isso está em disputa o tempo inteiro, desde as nossas instituições onde trabalhamos na ponta até no Ministério da Saúde e obviamente atravessado pelo tempo, o Ministério da Saúde desse ano é radicalmente diferente do Ministério da Saúde de 2019/2020 não tem como não pensar e isso vai sendo atravessado por tantas camadas que não tem como pensar de uma forma simples, isso em um campo macro.

Em um campo micro, se pensarmos em uma micropolítica em paralelo ao mesmo tempo operando, tem uma convocação nossa a entender os modos como vamos funcionando na vida, os modos como vamos sendo convocada a funcionar, os modos como convocamos as outras pessoas a funcionar na vida, inclusive desde o lugar de pessoa que opera o cuidado em alguma instituição, e se tem essa agenda mais ampla macro paralela a ela, necessariamente tem um certo modo de perceber as relações, um certo modo de perceber as possibilidades dessas relações, um certo modo de perceber inclusive como que o nosso tempo histórico vai nos atravessando e nos convocando o tempo inteiro e se não percebermos vamos sendo arrastados para lá e para cá nessas linhas desse tempo histórico que vão costurando modos absolutamente neoliberais de funcionar individualizados, urgentes, pautados na produtividade constante para alguém que a gente nem sabe quem é, para alguma coisa que a gente nem sabe o que é. E aí a vida vai passando e o adoecimento vai sendo algo tão impensável que tem que ser solapado com urgência de alguma modo.

E se ao mesmo tempo pautar a construção discursiva nas instituições, convoca também a pautar que modo de produção de subjetividade vai sendo possível, que modo de modulação de mim mesma no mundo vão sendo possíveis no meio de tudo isso, no

meio desse tempo, no meio do corre da vida, no meio de pagar aluguel. Porque está aqui ainda, e está tudo aqui o tempo todo, que possíveis vamos tendo no meio disso tudo, e pensar nesse possível micro, ajuda a fortalecer que possíveis macro vamos ter, as coisas não se separam.

Paulo Freire ajudava a entender que não tem como separar o micro do macro, não tem como separar como a gente é do que a gente pauta no mundo, não tem como, e para fechar tudo isso, é complexo, mas a minha fala é só para lembrar que é complexo, mas que bom que tem muita gente para pensar junto, muita cabeça para pensar junto, só assim conseguimos talvez ir traçando desde a inserção territorial de cada pessoa que tá aqui, como que entendemos esse problema hipócrita que herdamos e o que conseguimos fazer dele seja no cotidiano do meu trabalho, ou seja na política institucional que porventura viemos a ocupar. Tudo fala sobre imaginar estratégias coletivamente, imaginar um outro modo de estar no mundo coletivamente e com isso eu vou encerrando.

Muito obrigada a todo mundo e vamos conversando.

EDUARDO MOURÃO VASCONCELOS

Agora o André Luiz, ele que é familiar do Espírito Santo vai falar durante 20 minutos, vamos lá.

ANDRÉ LUIZ

Olá, vou fazer uma quebra de protocolo. Boa tarde!

Primeiro queria deixar o agradecimento ao meu padrinho capixaba que me convidou, para mim é um ídolo e referência, o grande Paulo Amarante.

As vezes conversamos, trocamos muita experiência e algumas das informações do Paulo no meu ver, foram muito para o lado pessoal e da militância também, e acabamos misturando muito isso, e eu deixei até um lembrete aqui: “lembrar para as pessoas que você vai falar pessoalmente da pessoa, da experiência que eu tive, vai ser um pai aqui que vai estar falando que passou por situações dentro de casa”. Algumas dessas informações quando falo do Paulo é porque me ajudaram a obter alguns esclarecimentos que ele trouxe para mim em relação a como lidar com tudo que eu estava vivendo.

Sou um profissional de educação física no Espírito Santo e eu sempre fui ligado à atividade física a nível competitivo, eu já vim para o Rio de Janeiro lutar várias vezes,

sou bicampeão brasileiro de Muay Thai, luto de Jiu-jítsu, sou competidor de basquete até hoje e a educação física foi uma graduação muito natural para ser feita porque eu já estava no meio, só que quando você começa a atuar e começa a escutar demais aquele discurso de saúde, e começa a ver o ambiente que você está trabalhando e treinando, você começa “*Poxa espera aí tem muita gente vindo para cá procurando as respostas que não estão encontrando*”. Comecei a pesquisar mais questões de como realmente o que era essa promoção de saúde, o que era essa saúde de verdade, encontrei um conceito que eu me identifiquei muito que é o da Saúde Integrativa, e para falar de saúde integrativa e práticas integrativas, somos meio chatos nesse sentido. Fazemos questão que as pessoas vivenciem.

Demonstração da atividade prática no seminário

Vou pedir que vocês levantem, e a primeira coisa que vocês vão fazer é relaxar o corpo, afastar os pés mais ou menos na linha dos ombros, vão girar os ombros para a frente e para trás, agora vai fechar o ombro subir jogou para trás você vai fazer o movimento contrário agora ao contrário abriu subiu joga para a frente desceu. Você vai colocar a mão no abdômen e a mão no peito, a mão de cima não se mexe é só para vigiar para não encher o peito, vai jogar quando puxar o ar vai inflar o abdômen, vou fazer a contagem 1 2 3... 1 2 3...

O que acontece? Nossa rotina ela é acelerada. É estressante e nossa neurofisiologia toda responde a isso, e temos opções ou medicaliza ou recorre a outras possibilidades... O que será realizado aqui? Vamos treinar outra possibilidade. Vamos colocar a mão no peito e a mão no abdômen, quando eu falar inspira vocês vão dosar o ar por quê se vocês puxarem o ar fazemos na nossa rotina normalmente vocês não vão conseguir chegar no 2 direito que vai ser difícil, é menos intensa essa respiração, vai lá em cima paradinho embaixo.

Inspira 1 2 3... solta o ar

1 2 3... inspira

1 2 3... solta o ar (...) atividade realizada no período de 1 minuto.

Abaixa a mão, relaxa os ombros.

Atividade finalizada.

Agora espero que vocês estejam prontos!

Vamos dar continuidade

Por que fazemos questão às vezes de realizar essas vivências?! Porque às vezes falamos de conceito e falar de saúde integrativa é um pouco disso, porque estamos falando de sensações, estamos falando de promover cuidado e promover saúde de uma ótica às vezes que é distante do que vemos na nossa formação, eu mesmo praticamente não falei nem do termo saúde direito na minha graduação eu sou licenciatura plena, eu possuo licenciatura e bacharel, e é uma realidade distante para mim.

E quando vamos nos espaços e falamos sobre o conceito de saúde integrativa de um olhar ampliado, da clínica ampliada, causa até certa estranheza. Como que um negócio desse pode promover saúde, promover cuidado, essa sensação talvez traga para vocês a lembrança de outras possibilidades de cuidado que às vezes vocês têm até conhecimento e vivência, como a própria música que foi trazida aqui no evento e que também pode fazer parte da rotina de vocês e não apenas como forma de produzir cuidado, mas também de estar mais presente na sua vida, porque a gente tem também que se cuidar para poder promover cuidado, é uma questão que eu sempre trago porque muitas vezes, eu estou no GT do suicídio Espírito Santo que faço parte, e às vezes vem muitas demandas assim dos profissionais querendo tirar dúvidas e inseguros em relação a questões do suicídio, mas que às vezes você vê a própria fragilidade daquela pessoa para lidar no ambiente que ela está atuando lidar com um tema tão complexo. Às vezes o primeiro passo que eu falo é *“Você está cuidando? Cuidando de si?”* Porque isso transparece, quando estamos falando de relação de cuidado e a saúde integrativa fala muito disso, que temos que horizontalizar a questão e não verticalizar dando ordens para pessoas adultas para fazerem o que elas vão fazer na vida delas e estamos começando a desenvolver uma relação e com essa pessoa que não se trata apenas do Eu, o dono do saber, falando para pessoa o que ela tem que fazer. Será necessária uma certa empatia, aproximação, diálogo até para gerar a pactuação daquela pessoa no próprio cuidado

Me remete um pouquinho às práticas que vivenciei, foi interessante ter falado depois do Pedro que ele trouxe um pouco do que é esse cenário, porque são 29 práticas integrativas que estão na política nacional de práticas integrativas desde 2006, grande parte dos ambientes que falo sobre diversos temas e como saúde mental, a questão das drogas e tudo mais e as pessoas não sabem nem que existe. Causando estranheza, porque são 29 itens um deles por exemplo medicina tradicional chinesa, através medicina tradicional chinesa já tira mais de 10 itens, podendo colocar mais de 50 possibilidades de

promover cuidado e ter ferramentas ali que vão reduzir a necessidade de medicalizar as pessoas e essas pessoas não conhecem e nem sabem que essas políticas existem e ela está lá desde 2006, por isso, faço questão dessas vivências que eu passei uns três exercícios no entanto em uma aula são 30, são 40. Será que promoveria uma melhoria de quadro para aquela pessoa?! Seja ela quem for, no início do dia ou antes de trabalhar 15 a 20 minutos?!

É sobre uma possibilidade que me atraiu nessa modalidade, gerando autonomia nessa pessoa, porque ela não precisa que eu esteja colado nela o tempo todo para ela pode praticar, ela vai fazer onde quiser, tem técnicas respiratórias que são para estimular quando se está começando o dia e está com a energia baixa, tem técnicas que ajudam a relaxar para ir dormir, que a cabeça está a mil, ocorrendo as substituições e possibilidades, porque estou falando de situações em que a medicalização está sendo comum e normalizado, para dormir ou lidar com o dia inteiro. E cito outras possibilidades que podem funcionar muito bem e depois que ensinadas para as pessoas vão reproduzir e ensinar outras a fazer, a potência desse ato, mas ao mesmo tempo é anticapitalista pensar nisso, é um exercício de resistência e essa lógica quando estudei e me aprofundi um pouquinho mais na questão antimanicomial, percebemos como está alinhado, as formas de atuar, de se relacionar, lidar com quem se pretende oferecer algum cuidado, de gerar essa autonomia, gerar essa força para aquela pessoa e assim ela precise cada vez menos de você, como se fosse aquela criança que vai pro mundo, mas é de uma forma fortalecida.

É uma modalidade que é uma meditação que vai gerar reflexões e essas reflexões podem ajudar a entender os processos que estão te adoecendo e quanto vemos em Saúde Mental essa incompreensão de se, mesmo o autoconhecimento extremamente necessário no processo meditativo, e essencial é uma das bases do processo meditativo ele acaba sendo ausente nessa vida que se vive correndo correndo e pressa pressa... Não se tem tempo para nada, e quando não tem tempo para nada, você não está tendo tempo para si mesmo, e *você está trabalhando para que?! Você está correndo tanto para que?! São perguntas que fazemos quando é realizado 5 a 10 minutos de meditação porque vai estar presente porque faz parte do processo.*

Quando falo sobre a implementação em um ambiente como o Caps, é extremamente difícil, pois já apresentei projetos para três prefeituras da região metropolitana, para o próprio Estado e não foi aprovado porque vive-se em um mundo e numa lógica do encaixe capitalista, para um político às vezes é mais interessante comprar

lotes de medicação do que investir em práticas integrativas, por exemplo, como tem sido muito forte na minha cidade o estímulo a criação das Hortas - Farmácia Viva, as pessoas não vão só plantar uma plantinha ou só fazer Tai chi chuan vão conviver e sair de casa.

Existe um relato de experiência que nunca esqueço, é um texto que falava sobre o Tai chi chuan, mas não falava sobre a prática, no entanto, falava tudo que envolvia a prática, o foco era uma pessoa idosa que se preparava para aquele momento, ela tinha o compromisso três vezes por semana, saía de casa e já ficava ansiosa para encontrar com os amigos, socializava, andava pela cidade, saía do isolamento. Quantas possibilidades por conta de uma prática como a que foi realizada aqui, mas para chegar na prática nem fez a prática ainda e a pessoa já teve de certo modo perto do tem sido visto, principalmente nessa população, uma revolução perto do que tem sido normalizado, porque isso estou falando da pessoa que nem está institucionalizada, porque se estiver não vai ter nem a possibilidade de sair de casa para ir lá fazer a prática num ambiente público onde ela vai socializar e tudo mais, o professor que estava apaixonado pelo Tai chi, recebeu um convite para trabalhar na política sobre drogas, o que foi contraditório, mas fui para ver e durei um ano

Ao longo desse um ano foi uma experiência antropológica, mas nesse período consegui comprovar que o que eu tinha estudado e treinado realmente tinha sua eficácia, então eu conseguia ter um vínculo terapêutico, tendo grupos de 20, 30, de 40 em hospitais psiquiátricos, em clínicas, em vários ambientes que tem parcerias com a política sobre drogas do estado e às vezes eu tinha um vínculo terapêutico mais forte aquelas pessoas indo duas no máximo três vezes por semana, do que os terapeutas que estavam nessas estruturas com eles diariamente e começou a se ter um processo que assim vai meditando, conversando, observando e vai estimulando essa observação entre eles, começou a ter um processo comportamental dos terapeutas de se sentarem no canto da sala para poder fazer anotação, porque na hora que essas pessoas estavam na frente deles para as suas terapias não se tinha informação nenhuma, não tinha vínculo terapêutico nenhum, a pessoa ficava quieta. São estruturas, as pessoas ficam trancadas seis meses, um ano e ficar trancado, quando volta, volta com todos os problemas porque não resolveu nada nesse meio tempo que estava dentro da instituição, é o famoso queimar dinheiro na terceirização.

Nesse um ano consegui defender na minha profissão, porque nessa lógica do que é visto na lógica biomédica de cuidado, e você falar por exemplo de atividade física e saúde, é uma questão complexa que já não é tão aceita e quando tinha as reuniões de projeto terapêutico singular era uma guerra, o pessoal gritava e era impressionante,

assustava e eu era o cara que ficava meia hora com o braço levantado, porque não iria compactuar com aquela situação, mas foi uma experiência. E esses espaços de resistência, onde vai se provando o tempo todo, resistindo o tempo todo, eles me remetem a essa coisa do *ser* antimanicomial, porque eu sou do MNLA, mas entendendo essa lógica você não precisa estar colado nas atividades de um movimento, de um coletivo para você também ser antimanicomial porque isso é uma resistência diária, por exemplo, um médico psiquiatra falando sobre homeopatia já representa o quê? Então são essas resistências, atuar em um Caps, aquela lógica do que é dado, que é a realidade de medicar mesmo e manter a medicação.

Tem aluno meu que falo - *“só faz a aula comigo se tiver o compromisso de começar a trabalhar de novo a redução da sua medicação”* porque eu já conheço o aluno antigo e o aluno que todo mês vai fazer e só renova a receita para poder pegar a medicação controlada. Tem uma aluna clássica, ela faz aula há 10 anos mais ou menos e quando chega o período de 3 a 4 meses que está treinando ela para, porque eu estimo o desmame, e realizando a redução da medicação, então ela que está reduzindo a medicação e está fazendo meditação chega um momento que começa a ter clareza, e começa a lidar com certos sentimentos que estava anestesiado por conta da medicação, e estava fugindo daquele sentimento, que não queria encarar, e não aguentava mais, é um bloqueio, e é o tempo de cada, fazemos a nossa parte, que era estimular que ela, mas é complicado, e ela volta e tenta novamente, mas é o tempo da pessoa e é uma coisa que temos que ter uma certa paciência.

Depois desse tempo que eu passei nas políticas sobre drogas, simultaneamente eu tive a situação do meu filho que durante o processo de separação ele adoeceu porque o ambiente onde estava vivendo era muito conflituoso e com isso assimilou todo o comportamento agressivo, falar alto e foi uma transformação, algo repentino. Depois começou a aparecer no comportamento escolar, dentro de casa e começou a fugir, comecei a intervir mais, e descobri que ele estava sofrendo agressões, realizei a denúncia, logo depois descobri que ele estava sendo medicalizado, e em uma dessas agressões o Conselho Tutelar em um belo dia, me entregou ele no meio da noite, foi uma situação muito inusitada, porque eu era muito próximo dele, mas ao mesmo tempo não tinha uma estrutura para estar com uma criança naquele estado principalmente. O familiar é o serviço tem que ter um olhar mais atento porque estão adoecendo junto, e eu represento os familiares no movimento social e escutei na pandemia por exemplo, mãe falando que se ela se matasse talvez fosse melhor para o filho dela, para a condição de vida do filho,

por quê?! Porque essas pessoas estão adoecendo. Essa mãe não sabia como faria para ir buscar a medicação já que estava com um braço quebrado por ter sofrido agressão e não tinha como sair de casa para poder buscar e voltar para casa.

Vivências que para muitas pessoas seria simples de certo modo, mas que na logística dela era uma coisa inalcançável naquele momento, e na pandemia agravou certas situações dessa turma e perdi emprego, tive minha casa e a casa da minha mãe quebrada várias vezes, ele tentou suicídio e por mais que eu tivesse informação é muito pesado e uma das pessoas que me chamou para o movimento foi uma lenda da luta antimanicomial que é a Graça. Fico admirado com a Graça, e as vezes vou conversar com ela porque o que passei intensamente por quase um ano a Graça passa praticamente 40 anos.

Fico refletindo, olha a vida dessa pessoa e o quanto ela tem que ter de resiliência, ela é uma Senhorinha de baixa estatura e o filho é alto, então é luta todo dia. Já peguei o filho dela coloquei no carro porque o SAMU não queria atender porque dependia da polícia para pegar e fui levar ele para o atendimento enfim... e voltando ao meu filho, quando aconteceu essa questão do Conselho Tutelar entrou a justiça e como ele estava na minha casa comecei a ver o quanto que há incompreensão e despreparo para essas pessoas e eu tinha que ficar gente assim um tempo inteiro me justificando e me defendendo, eu não tinha ajuda, tinha gente para me pressionar, era PM, era Conselho Tutelar, no próprio SUAS (Sistema Único de Assistência Social) colocava para sentar na cadeira e parecia um interrogatório, e era impressionante e eu tentando ajudar de alguma forma, a manter emprego, manter relacionamento e tudo ao mesmo tempo.

Circulou um vídeo há pouco tempo atrás de Guarapari que o pai filmava a filha sendo agredida por um policial e ele incentivava isso, e eu fui questionado sobre essa situação, sendo que quem está de fora vai olhar e pensar como que pode um pai fazer isso?! Mas se vocês tivessem noção do quanto aquele pai também está adoecido, ele está longe da consciência dele de achar que é o certo um policial agredir sua própria filha, mas enfim, continuei nessa luta, depois empurraram um laudo de TDAH pro meu filho para justificar as agressões, na justiça eu descobri que ele estava tomando mais de 15 remédios por dia e nesses 15 remédios por dia, na época eu estava morando no município que tinha um Capsi, o município que ele morava não tinha nenhum, então se eu morasse naquele município já não teria ajuda de um serviço público, tive o suporte de um Capsi, eu pactuei o desmame dele com o psicólogo e com psiquiatra, fiz um trabalho de desmame que durou mais ou menos 6 meses, em 6 meses essa criança ela tinha um comportamento estabilizado e não entrava em crise mais.

Ocorreram momentos em que eu tinha que lutar Jiu-jitsu com meu filho no meio da sala esperando SAMU, porque ele queria quebrar tudo e era risco para ele e para os outros, em 6 meses ele conseguiu fazer o processo de desmedicalização com muita conversa, eu tinha que trabalhar dando aula de Tai chi chuan e ele acompanhava e tentava pular às vezes do carro, atravessava o asfalto no meio dos carros, foi um processo que os 6 meses foram intensos na minha vida, mas pactuando com ele esse cuidado porque eu perguntava e estimulava, a reflexão nele “O que está acontecendo com você? Você quer continuar assim? Você realmente precisa fazer isso? ” Sempre buscando estimular a reflexão nele o tempo todo até para ter um comprometimento na melhoria dele. Ele precisa se envolver naquilo

Enfim no ano seguinte ele já entrou na escola com comportamento estabilizado, no primeiro dia ele, já começaram a me chamar na escola porque não combinava a ficha dele que chegou na escola, com a pessoa que estava na escola porque ele já fugiu de duas escolas, arrumava confusão e chegou ali estabilizado já, chegou se destacando e fazendo projetos e tudo mais, isso foi uma outra realidade a partir desse processo de trabalho intenso que eu fiz, o desmame a gente tem medo mesmo achamos que a pessoa vai ter pioras, mas tem que encarar os estágios, tem que ter muita consciência, tem que ter pactuação de toda a equipe, eu me considerava parte da equipe além do psicólogo e psiquiatra e tem que ter orientação. Hoje meu filho está com 19 anos, ele está me mandando mensagem sozinho em casa, ele estuda, trabalha, faz o curso técnico e está conduzindo a vida dele como se nada tivesse acontecido.

Esses fundamentos, conceitos e conhecimentos levei para outros ambientes depois que sai da política sobre drogas, tive projeto em ambiente prisional, mesmo não tendo muito apoio para ocupar esse espaço com o projeto, e mesmo tendo reduzido a medicalização da população da galeria em 80%, chegávamos e eles travavam a sala onde ocorria o projeto, então iria para a galeria só entrava gente com proteção e reforço na galeria, e levava coisas, ou algo que era bom para eles e benéfico de alguma forma, durante as aulas muitas vezes, gerou comoção, exemplo disso foram as aulas de Tai chi chuan, falávamos sobre civilidade, educação, respiração, controle de impulsos e eu entrava na galeria e dava aula para 30, 40, eu falava “turma seguinte se organiza aqui, quem não quiser fica dentro da cela” e dava meu aulão na galeria sucesso, não deixando de trabalhar.

E até você desenvolver essa segurança é muito complicado, precisa se ter informação, trocar experiência, e ter essa necessidade de a gente conversar com os

diferentes conversar, com gente que não está alinhado com a gente, mas que precisa compreender que talvez o caminho que eles estão desenvolvendo, no que se diz saúde mental não seja tão interessante assim, e vejo pessoas convictas em certas situações que elas também estão afundando junto nesses processos, estão adoecendo junto com as pessoas que elas dizem que estão querendo cuidar.

Finalizo com a fala: Que nós sejamos estudiosos da vida, não de doenças, não de termos técnicos, não de medicações, nós sejamos promotores de vida. Será que nós estamos sendo promotores de vida em nossa vida?! Em nossos ambientes de trabalho?!





ATIVIDADE CULTURAL

O SAGRADO FEMININO - Rejane Barcelos (Rainha do verso)

*Sagrado feminino é a lata d'água na cabeça de
Maria,*

É a arruda da benzedeira.

O samba da passista.

O terço das almas na segunda-feira.

*O gargalhar da pomba gira e a fé
verdadeira.*

*A missionária que ora os jovens da
boca, na rua noite quebrando
barreiras.*

Sagrado feminino

*São os hematomas da mulher agredida
cicatrizando.*

*É a metamorfose das trans, transformando
armário em casulo, Ressignificando.*

Sagrado feminino

são as mãos grossas de produto químico esfregando panelas, rejuntas, e privadas.

Sagrado são os calos grossos envolvendo a enxada,

O facão amolado das boias frias no canavial,

O giro da baiana e o rodar de sua saia,

Os pés doloridos das vendedoras de loja na véspera de Natal,

O capricho das aderecistas no barracão de carnaval.

Pamela princesa negra do jongo dando seu aval.

Sagrado feminino

São, rimas de

Dina di, O grave

de Elza, os

dribles da

Marta,

O trap de lewa d'Oxum,

Dona Ruth de Souza nas telas da vida,

Os nocautes de Duda Santana,

Os versos fortes do Slam das Minas.

Sagrado feminino

É o parto da cracuda

O orgasmo da puta

As olheiras da mãe de família

A cura da mulher violada

O diploma da cotista

A terapia surtindo efeito

A desistência do suicídio

O quadradinho do 150 bpm

A mãe que põe o peito no bico do fuzil do PM

Sagrado feminino é alvará na mão, cabeça erguida, portão da frente, a Lili cantando A espera das cunhadas, na fila da visita

Sagrado são os cotocos de lápis nas mãos de Carolina.

O pretogues de Lélia

Os escritos de Bell Hooks

A saudade no peito de Marinete

A filosofia de Ptahotep

Sagrado feminino

é Sojourner

discursando O

reinado de

Aqualtune

O legado de Dandara

É Marielle na plenária

Sagrado feminino

É o mulherismo africana

E outras narrativas

Decoloniais as águas da

Kunyaza

Sobofu somé e o espírito da intimidade.

É a canela do dia primeiro,

O batuque no

terreiro, O Ebó

das Yas,

O toco de vela de vovó Mirna,

O Xirê das Yabás.

Sagrado feminino

É a força de seguir viver e

amar, mesmo estuprada,

humilhada, vilipendiada,

traída e agredida.

É a mala no elevador.

E a coragem da partida.

É o cuidar de si.

A fuga do relacionamento abusivo

É o não! Ao relacionamento tóxico.

É o B.O. na delegacia da mulher,

E a liberdade de amar a quem quiser!

É o 180 discado com mãos trêmulas,

Mas convictas. A

denuncia ao

agressor,

É o seguir a vida.

Sagrado feminino

É Indianarae e seu exército, lutando por moradia

O mandato de Sônia Guajajara

Katiúscia Ribeiro e sua filosofia

Sagrado feminino

É documento de retificação expedido

É currículo aceito

É o grito de Luana

Muniz travesti não é

bagunça!

É cesta básica doada à fome da mãe e suas crias saciadas.

Sagrado feminino

É a carteira assinada a vaga na creche e não precisar deixar seu filho no mundo para trabalhar é o útero de "parir bandido" parindo trabalhador, universitário, concursado, doutor graduado.

Calando a boca de político corrupto com seu útero sagrado.

Sagrado feminino é meu baleiro, meu isopor, e meus versos cansados O resto é ciranda, de sinhazinha emocionada.

Gratiliz

Rejane Barcelos (Rainha do verso).

Obrigada!



EDUARDO MOURÃO VASCONCELOS

Rejane Barcelos, poetisa da comunidade de Manguinhos e trabalha vendendo bala na comunidade de Manguinhos.

REJANE BARCELOS

Obrigada, para mim é muita emoção, peço licença à casa que para mim é muito importante porque desde que eu vim morar no Manguinhos, hoje eu moro no Complexo da Maré, mas desde que eu vim para o Manguinhos a Fiocruz foi onde eu encontrei o meu primeiro acolhimento e um lugar de muita força onde comecei uma caminhada de empoderamento, de desconstrução, de militância.

Eu honro muito essa casa, e primeiro peço licença a essa estrutura tão importante, mas ao mesmo tempo onde precisa de muitas melhorias, precisa muito mais acolhimento, muito mais integração das duas comunidades, eu sempre falo isso. Porque é uma coisa que a gente não pode deixar de lembrar, mas ao mesmo tempo é um lugar onde eu tenho muita gratidão e muito carinho.

Sou Rejane Barcelos, também conhecida como rainha do verso.

Sou poeta, estudante de letras árabes na UFRJ, sou mãe, sou atriz, poeta e também Camelô.

Essa poesia, é uma poesia que eu escrevi justamente nessa busca de poesia de força, para além de poesias de dororidade entre mulheres negras. Acredito que mulher negra não se une só pela dor, ela se une também pelo afeto, pela ancestralidade, por um laço de sangue e afeto que nos une desde os tempos imemoriais, ela é muito importante para mim é uma poesia que ela chega no coração de quem tem que chegar, ela chega na força, na luta, na realidade, é um trabalho que eu tenho muito carinho pelas minhas mãos terem sido usadas para poder escrever e reverberar esse poema. Quem quiser seguir nas redes é @rainhadoverso. Gente muito obrigada!

EDUARDO MOURÃO VASCONCELOS

Muito obrigado Rejane por pela sua presença, por tocar nossos corações tão fortemente, agora nós vamos ouvir a Rogéria Barbosa que é usuária da Saúde Mental artista principalmente e militante antimanicomial.

ROGÉRIA BARBOSA

E mulher!

Agradeço pela oportunidade de estar aqui, agradeço a mesa maravilhosa toda essa plenária que está aqui e aguardou até agora, os últimos minutos da sexta-feira vamos procurar encerrar de uma maneira gostosa e sadia. Depois de um depoimento de um familiar e de um Doutor me sinto na obrigação de me colocar apenas também como usuária do serviço dando experiência.

O que é a medicalização do sistema e do ser humano? A minha loucura ela foi tratada, curada, sanada, liberta, às vezes confusa, mas trabalhada através da arte. O trabalho que vocês estão vendo (Exposição dos quadros artísticos) eu procurei trazer esses que estão aqui por causa do momento que eu estava mais ansiosa e agitada, me sentindo presa. Não depressiva e sim presa, que a gente confunde muito. Eu sou militante da luta manicomial, faço parte do bloco Zona Mental, sou presidente de honra ele é o único bloco que é fora da Saúde Mental, fora dos hospícios, foi criado pela Lei 5152/53, o bloco acontece todo ano e sai com maior sacrifício porque é muita luta garra e atitude. Todo ano eu libero um quadro para doação pra fazer uma feijoada para nos prepararmos pro carnaval então no BZN, é quando eu estou mal é ali que eu vou colocar no pandeiro, no bumbo, no agogô, no atabaque, e é dessa forma que eu consigo colocar todo o final de ano que era um carnaval que eu estaria internada, coloco na cabeça que vai ter o bloco e você tem que estar lá porque as pessoas querem e precisam de você presencialmente, e eu preciso estar também, então para mim todo final de ano quando chega no carnaval eu consigo estar dentro de casa eu não estou internada, e isso é tudo para mim. Trabalho no Atelier Gaia que fica dentro do Museu Bispo do Rosário, nesse atelier construo essas obras, às vezes trabalho de casa. Caso esteja me sentindo mal ou agitada não vou para o Caps, vou para o trabalho, até porque estou agitada por querer fazer algo diferente e o Caps não vai me ajudar a resolver a agitação naquele momento. Se estou querendo fazer alguma coisa diferente, vou trabalhar no Atelier e é dessa forma que eu consigo relaxar, é trabalhando numa arte.

A arte não é só desenhar, a arte não é só estar ali presente, eu não saio de casa todo dia 7 da manhã chega às 4:30 ou 5 horas para ir brincar, vou para o meu trabalho porque o atelier é meu trabalho. Eu sou aposentada, e esses trabalhos que eu faço que contribuem para o pagamento das minhas contas, então se eu estou mal eu vou para o CECCOZO – Centro de Convivência e Cultura da Zona Oeste Fazendo Arte, fui uma das

pioneiras, conseguimos abrir novamente o CECCOZO em Campo Grande (estava fechado desde o período da pandemia), eu realizava trabalhos de artes visuais com Christian um professor, e durante a pandemia acabou, no entanto, o Christian com todo trabalho e toda a garra continuamos de forma remota-online, assim consegui terminar o curso de artes visuais com Christian. Vejo esse trabalho como o de uma formiguinha que estava criando um elefante dentro da gente, e isso para mim é importante, criar essa força dentro de mim, existe uma palavra que meu psicólogo sempre falava “*Muita gente desenha, mas nem todo mundo é artista*” muita gente pinta maravilhosamente bem, mas que ele faz com essa arte? Coloca debaixo do tapete?

Eu por exemplo, sou escritora e autora do livro "Uma trajetória, uma vida, uma escolha", infelizmente ou felizmente, eu não tive nenhum exemplar que tenha sobrado para poder mostrar para a vocês, e todo o trabalho desse livro em cada capítulo, é ilustrado uma obra minha e a coisa mais gostosa desse livro é que ele surgiu no atendimento com o psicólogo Rodrigo Nascimento, eu falei para ele “meu sonho é fazer um livro, fazer uma exposição”, ele “é seu sonho?! Eu adoro realizar sonhos”. Começamos esse trabalho de fazer o livro dentro do CAPS, daqui a pouco eu já não estava mais no CAPS, eu estava na praça escrevendo, locais fora do CAPS e a gente escrevendo livro, assim construímos o livro e ele foi feito fora de saúde, e dentro desse livro foi plantado uma sementinha pequena dentro do serviço de saúde mental que é um Caps. Sendo um livro que não surgiu dentro de um Caps, isso para mim é a coisa mais gratificante que teve no ano passado 22 de outubro ele foi lançado.

Eu ressurgi das chamas, a todo momento eu não deixo de pensar coisas ruins, mas cada momento que penso colocar uma gilete no corpo, penso naquele sangue que vai sair dali que não vai ter validade nenhuma, vou praticar a minha arte e pintar esse sangue na tela, quando estou triste faço as lágrimas e ele fica preso dentro da tela e a dor sai de uma forma cultural. Quando pinto o abstrato, são mais trabalhosos e são momentos que eu estou mais tensa, e eu vou criar algo mais difícil, e fazer mais detalhes, ajuda e melhora muito. A importância da clínica da família, porque tem pessoas trabalhando naquele local que não querem nem saber qual é o meu problema, só me acolhe e isso é muito gratificante, essa acolhida naquele momento, não desmerecendo o Caps, mas temos que entender que Caps bom é Caps vazio, e não vazio porque o território mandou fechar. Vamos gastar de alguma forma diferente a energia que temos, quantas pessoas que trabalham com saúde mental e estão fragilizados?! Estão adoecidos?! Cuidar do outro

adoece, tem muitas pessoas que estão se formando e se preparando para se formar em psicologia, vou contar um segredo, você não vai ficar rico com Saúde Mental! Porque não adianta, já cheguei dentro do Caps o técnico está pior do que o usuário, acima de tudo Saúde Mental é humanidade, é carinho, é respeito e não adianta eu só ter respeito pelo meu psicólogo. Saúde mental não é só consultório!

Durante 15 anos fiquei em consultório e nada, quando surgiu o Caps sai do consultório e pensei “é para lá que eu vou eu vou” e estou até hoje, e investi no tratamento, porque não adianta só querer tratar, a pessoa tem que querer também. Quando o técnico fala em Saúde Mental, tem que falar em respeito.

Gostaria de agradecer ao Paulo e a Leandra, toda a equipe.

E vou fazer um poema de cabeça

*Aquele momento eu sonhei o vazio era
inexistente a minha presença, quantos
olhares eu deixei de ver pois a surdez
estava no meu olhar eu minto toda vez
que cria um sorriso entre os lábios de
Maria ou José não importa como você
me tirar do lodo importa o que você me
trazer a partir de hoje quanta confusão
está na minha cabeça é o delírio do
vazio às vezes eu choro, sangro,
machuco, às vezes eu só sorrio.*

E é dor!

*É dor do vazio, existe
momentos que existem
soluções*

*Não há razão que a razão pouco vai importar
porque a dor está plantada o olhar é vazio, é
extenso, é de fome. Mas existe um desejo saúde
e prosperidade o irmão que se formou, aquele
que está para formar, aquele que já se formou
cansado e chorando um sorriso que ninguém*

sabe da onde vem, mas de tristeza no final do dia ele vai dizer amém.

Mais um dia eu venci! A mãe que chora, o pai que consola a dor do menino a menina já faz aquela crise todos os dias me deixa cansada, mas a vontade de viver é muito mais.

Crio momentos de dor de sofrimento você não está comigo, a dor está dentro de mim. Nada mais importa o futuro nem sei onde está porque o passado me comove e tudo que eu tenho agora é chorar



EDUARDO MOURÃO VASCONCELOS

Queria fazer alguns comentários.

O primeiro é em relação ao André e a Rogéria durante muito tempo nós tínhamos como palavra de ordem principal “*Por uma sociedade sem manicômios*” e hoje nós temos

mais uma, “*nada sobre nós sem nós sem os familiares e sem os usuários*” e todo evento a gente deve tê-los aqui conosco falando da perspectiva deles.

Gostaria de parabenizar o Paulo a Ana Paula, e a toda a equipe do LAPS pela produção de mais um evento, essa é uma agenda fundamental e não sei se vocês percebem ouvindo o Whitaker que nós do movimento antimanicomial estamos renovando as nossas inspirações, durante muito tempo a inspiração principal é a experiência e continua sendo a experiência Central italiana, mas hoje falamos de experiências do mundo inteiro, vamos auscultando e enriquecendo outras experiências, criando aqui no Brasil as nossas próprias experiências, as práticas integrativas por exemplo, isso tem muito nosso que pegamos também do oriente.

Dentro dessas práticas e experiências novas estão trazendo também o protagonismo dos usuários e familiares, como componente fundamental. Tenho trabalhado muito nessa perspectiva, queria dizer que essa é uma agenda que vai exigir de nós uma determinação a longo prazo, é uma agenda que estamos lutando contra estruturas muito poderosas, a Indústria Farmacêutica e o Paulo fala muito disso, culturas profissionais, formação profissional, o complexo Industrial médico e eu queria deixar um elemento de reflexão para nós e que temos que pensar muito bem, a estratégia dessa agenda no momento político que estamos vivendo no mundo e no Brasil.

Estamos vivendo um momento de neoliberalismo, sucateamento dos serviços, terceirização do trabalho e há um risco de que essa agenda seja apropriada pelas políticas neoliberais para desinvestir os serviços, ou seja, a nossa crítica a medicalização, a profissão e principalmente da psiquiatria pode ser apropriada para desinvestir no serviço e não provisionar de psicofármacos os serviços, porque a ausência de psicofármacos na nossa agenda tem que pensada gradualmente e vimos isso, o desmame é um processo gradual e vamos ter que levar essa agenda com muito cuidado nesse momento político que estamos vivendo hoje, vocês trabalham em CAPS e vocês sabem o que estão vivendo. É uma agenda preciosa e ela não significa desinvestir os serviços, pelo contrário, serviços mais complexos com outras lógicas mais profissionais e até mesmo psiquiatras com outra lógica de trabalho, porque eles vão ser necessários para trabalhar o desmame e eles tem um mandato profissional para gerenciar isso, temos que fazer essa crítica, mas devemos dizer “nós não queremos desassistência”, fica o alerta para assumirmos uma estratégia.

O movimento das pessoas usuárias e familiares está tendo uma mudança muito significativa no Brasil, tivemos a formação do MONULO - Movimento da Luta antimanicomial, tivemos uma conferência livre de associações e coletivos de movimentos

sociais de usuários e familiares e esse movimento precisa se apropriar desse debate. É muito importante outros usuários, outras experiências e é fundamental para não nos apropriarmos desse debate e levar esse debate com cuidado porque não queremos desassistência. Realizando mais algumas observações, o Pedro falou do BPC, e gostaria só de lembrar que já temos uma legislação desde 2021 que o usuário com BPC ele pode sim assumir um contrato de trabalho desde que, o salário não seja maior que R\$ 2.000,00, ficando com 50% do BPC e pode assumir um contrato de trabalho e se ele tiver dificuldade de manter o trabalho ele volta no BPC, isso ajuda muito. Já temos casos dos nossos trabalhadores de suporte de pares, porque aqui no Rio construímos usuários e familiares contratados CLT e trabalhando na rede de saúde mental e desenvolvendo grupos de ajuda mútua, acolhimento e diversas práticas, e é um protagonismo imenso que está mudando gradualmente os CAPS.

Falando da Céu, não só estamos comendo panóptico como estamos segurando o panóptico pelas redes sociais e suas bolhas, que é o outro ingrediente terrível, já estamos vivendo hoje o controle das mentes e dessas bolhas, e assim dando a base para a ultradireita sustentar essas mirabolices que se tem visto hoje em dia.

Aos familiares, no nosso trabalho no Rio é o único lugar no Brasil que tem contrato CLT para os trabalhadores de suporte de pares e desenvolvemos grupos de usuários, grupos de familiares e existem temas ao qual os familiares só falam depois de muita cumplicidade dentro do grupo. É um lugar específico deles, porque a maior parte dos grupos de familiares que se tem nos Caps é visto como coadjuvante do tratamento ou cobrando que trate bem as pessoas usuárias, é um trabalho que tem que avançar e estamos hoje cobrando um novo o departamento de saúde mental para fazer um programa nacional de suporte de pares.

A Rejane nos trouxe essa linguagem direta para a alma. Muito obrigado pela sua presença!

A Rogéria tem várias dimensões e nós já convivemos há muito tempo e gostaria de lembrar que a arte como esse poder que transcende e em vez de só ir para o CAPS e se tratar, também se produz arte, produz renda e trabalho de realização.

Obrigado Paulo pela oportunidade de estar aqui, gerenciando e coordenando uma mesa tão bonita muito obrigado.

Vamos abrir para perguntas e debates

PERGUNTA:

Boa tarde, meu nome é Divina! Sou estudante de Psicologia. Minha pergunta é referente ao desafio, principalmente na questão da família, participei de um evento esses dias do AA e existe um grupo de adolescentes, e de famílias ligadas à droga e gostaria de saber como a psicologia tem tratado essa questão da família e como ocorre a proposta de acolher famílias.

PERGUNTA

Boa tarde! Pedro falou sobre o Observatório Nacional sobre medicalização e essa ideia em fazer com participação dos usuários, familiares e movimentos em prol, profissionais, e gostaria de entender como você entende essa participação.
Obrigada!

PERGUNTA:

Boa tarde! Tudo que aprendemos aqui com as representantes dos usuários do serviço e dos familiares, o que que vocês acham da ideia das unidades de saúde incorporem um tipo de ouvidoria diferente, não aquela ouvidoria que vai as pessoas e vão lá para fazer reclamações do serviço, mas que vão para fazer o que ela ensinou a identificar os recursos que faltam. Como essa ouvidoria pode ajudar a identificar os recursos que faltam, para que juntos o usuário do serviço e o trabalhador do serviço consigam conquistar e fazer disputa pelos recursos públicos.

EDUARDO MOURÃO VASCONCELOS

Quem vai começar primeiro?

CÉU CAVALCANTI

Vou começar fazendo comentários breves. Apesar de todas as perguntas de algum modo se entrecruzam. Pensando em famílias e estratégias tivemos algumas pistas aqui na

mesa, e vou convocar vocês a nos ajudar a pensar coletivamente sobre quais estratégias vamos usar, mas quando perguntamos desde a Psicologia ou desde os serviços, penso sobre quais possibilidades os serviços vão tendo no território.

Abordando algumas questões que falamos, como por exemplo, no rio conversando com algumas pessoas amigas que são trabalhadoras da ponta, às vezes passamos por um processo de precarização, a partir da terceirização que vai impedindo as pessoas de ter mais possibilidades de trabalho, e o que pode ser feito depende um pouco de quais estratégias cada território vai dando para a equipe trabalhar.

Sou Pernambucana, comecei a ser psicóloga em Recife em um serviço da política sobre drogas, conhecia equipes que tinham uma certa estrutura naquele momento histórico que conseguiam fazer oficinas, convocar família, fazer visita domiciliar e teve um momento histórico com outro tipo de governo que as equipes já foram cortadas pela metade, e tinha o dobro de trabalho para metade do trabalhador, e tinham que cortar alguma coisa do plano e cortava a visita domiciliar porque não conseguia ir no território e dar conta da quantidade dobrada de usuários, por isso digo que depende um pouco.

Mas eu diria de antemão que depende um pouco de quais estratégias, quais ferramentas os serviços vão tendo que inclui financiamento, quantidade de equipe, estratégias possíveis ali para ir operando.

Bruna, a colonização discursiva, particularmente me interessou muito, não é só uma disputa porque disputa pressupõe certo jogo de forças minimamente horizontal, mas nunca é horizontal, tem uma verticalidade, uma hierarquização do jogo de forças, e se tem uma força que incide mais sobre as outras não é necessariamente uma disputa, porque já parte da desigualdade e talvez seja até uma colonização desse discurso

Mercês, fiquei pensando uma coisa a partir de uma experiência muito própria e não vou me atrever a responder sobre ouvidoria, mas no serviço onde eu trabalhei da política sobre drogas em Recife sempre tínhamos quinzenalmente a estratégia de assembleias Gerais com todas as pessoas usuárias e com pessoas familiares e a assembleia era um grande momento de jogar pra mesa tudo que estava acontecendo no serviço, o que todo mundo estava achando e inclusive fazer avaliação do nosso trabalho e na minha experiência daquele momento circunscrita naquele serviço a assembleia me pareceu um pouco esse espaço, mas eu não sei se ouvidoria também seria outra estratégia já que aciona outras possibilidades institucionais também interessantes,

ANDRÉ LUIZ

Vou elaborar uma resposta mais geral, porque me remeteu a muitas coisas parecidas quando eu escutei vocês e de forma geral pensei na mudança de relação porque quando eu chegava nesses serviços a lógica da inquisição, era algo recorrente e isso estou falando de Justiça, policia, de assistência social e saúde e em todas essas portas, e ficamos na carência de uma porta em que há uma ajuda e não vão me julgar aqui.

É muito complicado essa questão dos pares e dos grupos em que podemos chegar entre familiares, mesmos falando sobre questões semelhantes, isso é de um nível de fortalecimento que é incalculável. E é só luta, e é só resistência, e é só dificuldade, e é só aquele sentimento do familiar que está do lado frustrado. E é um nível de acúmulo de informações e que precisamos de portas. Trazendo a Saúde integrativa novamente, naquela lógica da verticalidade, do cuidado onde, não tenho interesse nenhum de ser questionado no que eu vou fazer, na hora que eu for produzir cuidado. E quando você nivela um pouco e essa relação fica mais horizontal ela dá espaço para que as pessoas sejam escutadas e você vai fazendo ajustes junto com ela, por isso que eu sempre essa base conceitual da Saúde Integrativa porque ela pleiteia.

E assim, você não precisaria da política de clinica ampliada, e porque que tem isso?! A lógica biométrica não deu muito certo e assim você vai começando a oferecer puxadinhos nessa lógica para dizer que para você atende o ser humano, você precisa ser humano. Estudando sobre, você começa a lembrar dos atendimentos médicos de 5 minutos, das metas quando o serviço é terceirizado, inúmeros atendimentos por tarde. Onde a quantificação do atendimento poderia comprometer a qualidade do serviço, que poderia ter uma redução enorme do retorno da pessoa aquela unidade da resolução dos conflitos.

Quando falamos do familiar estamos falando do usuário do serviço, então essa dificuldade em ser escutado sem ser julgado é uma coisa que é muito recorrente para um familiar. *“Qual espaço que está promovendo e possibilitando isso? Qual o espaço de atendimento de grupos?”* Não estou falando somente de Caps, estou falando da pessoa que tem as suas demandas de saúde mental, essa pessoa tem que ter livre acesso à cidade. Como a cidade se propõe a ter um RAPS, onde é considerado um o centro de convivência, a escola, e todos os espaços como espaços possíveis de promoção de saúde mental? Como que essa cidade está se preparando para ser esses espaços possíveis?

São perguntas que temos que começar a fazer, porque senão fica uma teoria e um conteúdo que quando você chega para ser atendido é mais fácil você atender o profissional que está na sua frente, porque você sente que ele está fragilizado.

PEDRO CARNEIRO

Sobre ouvidoria, me sinto contemplado com a fala do André, acredito que esse processo acusatório ele não leva a nada, precisamos mudar um pouco, mudar na escuta da ouvidoria, mudar nos pactos, para sermos mais propositivo e não só acusativo senão ficamos criando judicialização via ouvidoria, que muitas vezes não dá em nada.

Com relação a família, volto a falar que é muito importante o serviço de saúde mental no acolhimento as famílias, mas as famílias têm que entender que esse processo de mudança na sociedade em relação à loucura, ele se dá no território basicamente, por isso volto a dizer, que dentro para fora. Pode até começar no Caps essa escuta familiar, os grupos de família que tem vários Caps e nas UBS - Unidades Básicas de Saúde tem grupos familiares, mas não pode parar aí, e é muito importante politicamente que a família procure outros espaços de participação política para mudar a política da saúde mental.

Para sermos fortes contra a desmedicalização e a medicalização, é muito importante pensarmos nessas políticas de território com essa concepção de buscar pares que possam pensar da nossa forma e da luta de manicomial, uma família escutar a outra que tem essa visão isso é muito acolhedor e vai além dos acolhimentos que se tem no Serviços de Saúde Mental, ser acolhido às vezes num grupo de movimento da luta ou em outros grupos com essa concepção política é muito importante.

E por último, sobre o Observatório e na verdade é uma ideia a se pensar, mas já existe os outros grupos, o próprio Mad in America, o Grupo de Direitos Humanos e Saúde Mental podemos tentar compor essa possibilidade, quando eu pensei no Observatório tínhamos pensado no grupo de pesquisa inicialmente e para fomentar pesquisas nessa área da desmedicalização, mas um grupo de pesquisa fica muito fechado a uma questão acadêmica e um Observatório ele tem uma amplitude de chamar usuário, familiares e qualquer pessoa que queira participar, por isso que eu pensei no Observatório.

Mas estamos aqui para pensar em ideias novas, diferentes nessa área e avançar com a nossa luta.

Obrigado!

EDUARDO MOURÃO VASCONCELOS

Gostaria de entrar pouco na questão familiar, temos vários modelos e esse modelo da Assembleia em que a direção vai na Assembleia é muito importante, e para ouvir inclusive reclamações, reivindicações nós temos o grupo de orientação aos familiares que é muito comum nos Caps.

Esse grupo é importante, mas em geral o foco não é o familiar com as suas questões, é o cuidado a pessoa usuária direta. Temos a psicoterapia integrativa que está dentro das práticas integrativas, que é uma terapia Comunitária em que tem pessoas usuárias e familiares, ela é importante e muito relevante. Principalmente para o sofrimento mental mais comum, agora quando você tem o sofrimento mental mais severo, acredito que precisamos de dispositivos um pouco mais complexos e o que percebemos nos grupos de ajuda mútua, é que quando você coloca usuário e familiar junto os familiares ficam quietos.

E o nosso programa temos grupo de familiares e usuário, as vezes fazemos o grupo junto e troca, mas o que a gente percebemos são as questões dos familiares, eles trocam primeiramente as experiências em lidar no dia a dia, e aprendemos muito como profissional com eles. Outra coisa, tem questões que são muito dolorosas e os familiares só vão falar depois de muita cumplicidade dentro do grupo, questões como essa: “quem vai cuidar dele quando eu morrer?” Ou “como lidar com a violência dessa pessoa para conosco?” Ou “eu tenho direito a ter um projeto de vida, a me cuidar e ter um tempo livre?” São questões que não aparecem no grupo de orientação familiar, não aparece porque só vai ter espaço em um grupo com muita cumplicidade e hoje no Rio de Janeiro estamos com um grupo de familiares onde a demanda mais forte são nos Capsi. Porque a demanda de cuidado na infância e adolescência é muito intensa e temos praticamente em todos eles um grupo de familiares e esse dispositivo está crescendo eu supervisiono esse programa e eu posso, aprendo muito com eles.

ROGÉRIA BARBOSA

Esqueci de falar do grupo GAM - Gestão Autônoma de Medicação, porque eu conheci o grupo por acaso conheci quem direciona esse grupo, e juntos implantamos esse grupo no CECCOZO durante a pandemia, onde tínhamos usuários e encontrávamos para falar da gestão autônoma de medicação e é uma coisa muito

prazerosa de ser ouvida e após a pandemia, lutamos para que acontecesse dentro do serviço de saúde mental de um Caps, e assim surge GAM dentro do Caps.

EDUARDO MOURÃO VASCONCELOS

Com essas falas terminamos essa mesa. Muito obrigado pela atenção, pela participação e agora Paulo Amarante e o Robert Whitaker para os comentários finais.

ROBERT WHITAKER

Vou ser breve.

Primeiro, tenho quatro pensamentos para abordar. Quando venho aqui, minha maior esperança é voltar para casa mudado, com novos pensamentos, e foi isso que aconteceu e o que torna tudo isso valioso, porque realmente não quero mais me ouvir falando. Esta foi uma conferência fantástica! A palestra de ontem foi ótima, e estou falando de uma conferência fantástica independentemente do que eu possa ter contribuído para isso. A palestra de ontem sobre psicodélicos foi ótima. Em segundo lugar, amei a música, a incorporação dela cria um espírito para o evento. Em terceiro lugar, este painel de agora à tarde foi fantástico. O painel foi realmente ótimo, e mais uma vez uma das coisas mostradas foi um espírito, que não são apenas palavras e não está apenas na cabeça, está também no coração. Amei a performance do poema, amei a arte nas palavras dela e amei o que André estava dizendo sobre a família. A tradução não foi palavra por palavra, mas se pôde ver a emoção, pôde-se ver a força da paixão que está presente. Foi fantástico também ter essas diferentes perspectivas. Então, antes de mais nada, quero agradecer por me receberem aqui. Vou para casa mudado, isso é o número um. Número dois: eu estava falando sobre como essa narrativa medicalizante foi exportada para cá e para o mundo, mas tenho que dizer que houve um comentário que me fez pensar que é pior do que isso. E esse foi o comentário de alguém que disse: 'Nossas crianças agora assumem essa identidade de ter TDAH ou de ter bipolaridade'. Isso é como uma colonização da mente e essa maneira de pensar sobre si mesmo, nessa perspectiva de colonização da mente, o dano causado é ainda pior, esse foi o meu segundo pensamento.

Meu terceiro pensamento, mesmo que não se entenda todas as palavras, é o de quão importante é, e nós sempre temos que nos lembrar disso, ter nesses espaços a voz de pessoas que têm experiência vivida. A palestra da Rogéria foi tão fantástica, só entendi algumas palavras, mas foi tão poética, tão bonita. André trouxe tanta paixão sobre a

família também. Então, essa é a próxima mensagem que tirei disso, nunca esqueça a importância de ouvir os outros. E o outro pensamento foi este, vocês têm sorte. Vocês têm um cenário político aqui que torna possível esse tipo de resistência. Não temos esse cenário político nos Estados Unidos. Basicamente, o que aprendi, já sabia disso antes, é que vocês têm um movimento político de esquerda que se encaixa na desmedicalização e no discurso de anticolonização. E vocês trouxeram aqui hoje um psiquiatra, uma psicóloga, um cientista político, pessoas com experiência vivida e, essencialmente, do meu ponto de vista, todos falaram com uma só voz. Todos falaram juntos, de perspectivas diferentes e de diferentes caminhos de vida, mas todos falaram realmente com uma única voz de união e com muita paixão. Não há cenário político como esse nos Estados Unidos, porque temos dois partidos e aqui está como funciona nos Estados Unidos qualquer resistência à medicalização. Os democratas, que são vistos como nossos progressistas de esquerda - mas não são, mas também não são tão ruins quanto a ala direita - dirão que a importância é ter mais acesso aos cuidados de saúde mental, que inclui acesso às drogas psiquiátricas. Eles odeiam o *Mad in America*. A ala direita não gosta de fornecer serviços sociais de acesso à saúde, então, às vezes, eles nos apoiam, porque pensam: 'Ah, eles estão criticando o cuidado psiquiátrico, isso é bom, porque não queremos fornecer nenhum serviço a ninguém'. Então, não temos um lugar, não temos uma casa para esse tipo de discussão. A razão pela qual digo isso é porque isso também é uma luta política, é uma resistência política. Então, minha mensagem final, e isso volta ao *Mad in Brasil* e ao *Mad in the World*, é - e já disse isso muitas vezes - que vou para casa pensando como é importante para nós permanecermos cientes do que está acontecendo no Brasil e espalhar essa mensagem pela rede mundial.

Todos podemos aprender uns com os outros, estou mais interessado em aprender com a América Latina, porque há uma filosofia do ser diferente que existe na América Latina e também com o *Mad in South Asia*, porque há uma filosofia do ser diferente e há valores indígenas preservados lá também. Isso é realmente o que estou levando daqui o quanto afortunado fui por estar aqui, então, obrigado. Foi realmente ótimo. Me sinto culpado nesse caminho, essa colonização da mente é realmente uma coisa difícil de aceitar e falamos sobre a colonização no *Mad in America*, essa exportação disso, mas esse sentimento quando se falou sobre crianças se identificando com seus diagnósticos, isso foi avassalador, foi uma coisa horrível de ver. E pense em como isso é diferente do espírito que vimos manifestado aqui hoje. Realmente vimos nesses dois últimos dias a beleza da música, pessoas dançando, respondendo com o coração e palavras de poesia. A

propósito, não foi uma ótima tradução do poema, mas isso não significa que não se pudesse sentir o espírito dele. De qualquer forma, obrigado. Acho que estamos em uma batalha coletiva contra uma forma de pensamento que fez muito mal a nós mesmos, é uma filosofia empobrecida do ser, precisamos nos unir nessa luta e vou para casa pensando, estou tão feliz por ter estado aqui. E não apenas estou feliz por ter estado aqui, mas levarei para as iniciativas em que estou envolvido uma compreensão mais profunda do que está acontecendo. Então, obrigado!

PAULO AMARANTE

Obrigado mais uma vez ao Bob, eu vou tentar ser breve.

Agradeço a todo mundo que permaneceu, e temos um trabalho pela frente, a mesa de encerramento cumpriu plenamente o que queríamos.

A Céu falou muito sobre isso, “vamos fazer uma agenda” e começamos com essa agenda com o Pedro, que é uma pessoa que eu admiro muito, ele foi representante do movimento da luta antimanicomial na Comissão Nacional de Saúde Mental. Como eu, que fui premiado com o título *Doutor Honoris causa* da Universidade Popular das Madres da Plaza de Mayo, Pedro também foi recebeu esse título pelo movimento e foi premiado, é uma pessoa que tem uma agenda política importante, tem uma proposta de cuidado até porque não é só de crítica a medicalização, a psiquiatria etc., mas uma proposta realmente verdadeira, prática e alternativa com a criação da Associação Vida em Ação e vale lembrar que BAR-SACI veio ao Rio de Janeiro fazer a comida do Fórum de Direitos Humanos de Saúde Mental que teve na Abrasme, onde todos os usuários tiveram acesso gratuito ao Fórum e tiveram alimentação, todos os voluntários estudantes, todas as pessoas que trabalharam e a alimentação foi importada.

Tem todo um processo de construção real de alternativas dos cidadãos cantantes, eu tenho até repensado e mencionado com a Cris, falávamos que eles eram usuários cantantes, agora eles são cidadãos cantantes, outro significado, não são usuários que estão cantando são cidadãos.

No final do ano passado realizamos os 40 anos do curso de especialização e contamos com a presença da Rogéria, com outra fala totalmente diferente da fala de hoje, o próximo livro da editoria Fiocruz – Pensar a Loucura trilhas literárias, culturais, históricas. Organizado pela Leandra Brasil, uma das organizadoras sobre arte e cultura, a capa é ilustrada pela Rogéria que é a capista e nós estamos construindo possibilidade de

vida concreta, onde pessoas que estão saindo daquele lugar de sou usuário, sou paciente, sou doente, eu sou portador disso ou daquilo, para serem artistas, para serem cidadãos, para serem cidadãos cantantes, cidadãos participantes de uma cooperativa etc.

O André é representante Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial no Conselho Nacional de Direitos Humanos, nesse momento e com essa conjuntura que nós temos é um trabalho e título de reconhecimento político público importante. Fizemos uma agenda de discussão com a Céu Cavalcante presidenta de um conselho importantíssimo que fez uma opção política, uma decisão e estamos criando uma agenda e é importante essa discussão estar dentro das entidades, dos movimentos, das instituições e aqui dentro da Fiocruz. Temos um processo muito importante, onde criamos e fizemos essa agenda, de qualquer maneira ainda tenho muita crítica ao modelo da Saúde Mental brasileira, acredito que nossa atenção psicossocial ainda é muito medicalizada, muito psiquiátrica, muito medicamentada e não só é medicalizada no discurso, mas nas práticas dos Caps, e as práticas profissionais ainda são muito centradas em um saber psiquiatra que temos que enfrentar. Temos que debater e desconstruir os mitos que a psiquiatria tradicional convencional né que não é psiquiatria de Basaglia, nem de Cooper, são uma psiquiatria que dominou o discurso sobre a doença pretensamente biomédico, essa psiquiatria é uma enorme farsa, essa psiquiatria não tem nada de fundamentação biomédica, é uma metáfora Joanna Moncrieff uma pesquisa recente que desmontou tudo conceitualmente.

É importante levar para as pessoas que se comprometem com os direitos humanos, com a defesa da vida, com a promoção de vida enquanto qualidade de vida de experiência humana, que a gente demonstre o quanto que esse discurso é falso, ele é construído, ele é manipulado, e o último livro do Bob ele é corrompido, manipulado com os resultados as pesquisas etc Temos que levar esse discurso e ver o quanto que essas experiências de arte e cultura não são só complementos, eu brigo com o pessoal das Práticas Integrativas e Complementares falando que deveria perder esse C, porque são práticas de saúde o Irving Kiersch quando esteve no 2º seminário, ele demonstrou uma pesquisa seríssima feita em décadas, em vários países que os antidepressivos não são superiores a nenhum outro tipo de tratamento da meditação, a yoga e outras coisas.

E onde está o efeito terapêutico? É o que o Sidarta disse na estrutura de uma pessoa no envolvimento afetivo, no movimento de transformação, de desejo que ele quer promover nele mesmo, e faz isso através de uma prática de saúde de cuidado de si.

Eles dizem que cuidar do outro é cuidar de mim, e cuidar de mim é cuidar do outro!

Essa é a relação sempre nós que temos fundamentos para fazer essa discussão, que é a arte e cultura e elas são só terapias, mas elas são também significativas e retificadoras da experiência humana e essa é a experiência fundamental que a gente está vendo.

Encerrando, precisamos falar mais ainda dessa parte e a importância que tem ao falar, a rede Mad in World conta com críticas, informem eventos, tudo que for possível para a gente fazer uma coisa mais coletiva, porque não é o nosso Mad, o espaço do Mad é um espaço aberto. Precisamos utilizar mais, participar mais.

Queria agradecer a todas as pessoas que vieram, aos convidados e convidadas, as pessoas que falaram que assistiram online, a equipe da tradução de libras, deu um banho na hora da música e todas as atividades culturais.

A toda equipe do Vídeo Saúde apesar da gente ter tido problema na transmissão o programa está sendo gravado.

A toda a equipe da ENSP, a Marcinha que é muito querida aqui dentro da Fiocruz.

Agradecer ao Hamilton que estava hoje na parte da manhã do Harmonia Enlouquece, a toda a equipe do LAPS, a toda equipe do CEE, ao pessoal da feira da economia solidária também eu gostaria de agradecer.

Até o ano que vem!

