


## 8<sup>o</sup> SEMINÁRIO INTERNACIONAL

A epidemia das



**DROGAS**  
**PSIQUIÁTRICAS**

### **OS DESAFIOS DA RETIRADA DOS PSICOFÁRMACOS**

Seminário

A epidemia das drogas psiquiátricas

**os desafios da retirada dos psicofármacos**

Realização

05 e 06 de dezembro de 2024

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

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

Seminário Internacional (8. : 2024 :  
Rio de Janeiro, RJ)  
8° Seminário Internacional : a epidemia das  
drogas psiquiátricas [livro eletrônico] :  
os desafios da retirada dos psicofármacos /  
organização Paulo Amarante. -- 1. ed. --  
Rio de Janeiro : Ed. dos Autores, 2025.  
PDF

Vários autores.  
Vários colaboradores.  
Bibliografia.  
ISBN 978-65-01-43747-7

1. Drogas - Abuso - Aspectos psicológicos  
2. Drogas - Abuso - Prevenção 3. Drogas - Abuso -  
Tratamento 4. Epidemias 5. Psicofarmacologia  
I. Amarante, Paulo. II. Título.

CDD-615.78  
NLM-WM-100

25-267429

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Psicofarmacologia 615.78

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

# Ficha Técnica

---

## **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:**

*Alexander Ramalho, Ana Paula Guljor, Camila Motta Gomes, Jéssica Silva Marques, João Pedro Freire, Matheus Folly, Laura Carneiro Amieiro, Letícia Garnica Taco, Leandra Brasil da Cruz, Matheus Folly, Paulo Amarante, Waneska Barros.*

## **COMITÊ CIENTÍFICO:**

*Ana Paula Guljor, Paulo Amarante* (LAPS/ENSP/Fiocruz) e *Robert Whitaker* (Mad In America).

## **MATERIAL PERSONALIZADO:**

Cards para mídias sociais: Escola Nacional de Saúde Pública - *ENSP* | Tradução simultânea em Libras (Linguagem Brasileira de Sinais) e espanhol/inglês/português: *Smart traduções.*

## **FILMAGEM:**

*TV ENSP.*

## **LIVRO TRANSCRIÇÃO:**

*Edvaldo Nabuco, Laura Carneiro Amieiro, Letícia Garnica e Paulo Amarante.*

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

*Ana Paula Guljor, Camila Motta Gomes, Jéssica Silva Marques, João Pedro Freire, Matheus Folly, Laura Carneiro Amieiro e Paulo Amarante.*

## **PARTICIPANTES NACIONAIS E INTERNACIONAIS:**

*Ana Paula Guljor, Andrés Techera, Antônio Carlos Morais, Artur Cardoso, Camila Teodoro, Marco Menezes, Marco Nascimento, Marcos Ferraz, Mariama Furtado, Mariana Witte Lins, Michael Pascal Hengartner, Robert Whitaker, Paulo Amarante, Tiago Pires Marques.*

# Sumário

<b>INTRODUÇÃO</b>	02
<b>APRESENTAÇÃO</b>	03
<b>BIOGRAFIA DOS PARTICIPANTES</b>	05
<b>PROGRAMAÇÃO</b>	10
<b>MESA DE ABERTURA</b> com	
Paulo Amarante	12
Fátima Rocha	13
Ana Paula Guljor	15
Andrés Techera	17
<b>PALESTRAS DE ABERTURA</b>	24
“Panorama Internacional sobre as iniciativas e os desafios da retirada de drogas psiquiátricas”	
Robert Whitaker	24
Paulo Amarante	38
Michael Pascal Hengartner	40
<b>MESA REDONDA</b>	65
“Diagnósticos e Drogas Psiquiátricas, dependência versus autonomia”	
Andrés Techera	65
Tiago Pires	65
Mariana Witte Lins	72
Camila Teodoro	83
<b>MESA REDONDA</b>	109
“O uso crônico de antidepressivos e outras substâncias”	
Paulo Amarantes (Coordenação)	109
Marcos Ferraz	110
Michael Pascal Hengartner	126
Ana Paula Guljor	138

<b>MESA REDONDA</b>	157
“Questões Contemporâneas sobre Medicalização e Mercantilização da Vida”	
Antônio Carlos Morais (Coordenação)	157
Mariama Furtado	159
Artur Cardoso	168
Tiago Pires Marques	179
<b>PALESTRA</b>	198
“A Experiência Inovadora da Reforma Psiquiátrica Brasileira”	
Ana Paula Guljor	198
Robert Whitaker	198
<b>ENCERRAMENTO</b>	221
“Construindo uma agenda para a desmedicalização da vida”	
Paulo Amarante	221
Ana Paula Guljor	221
Andrés Techera	222
Robert Whitaker	224
<b>ATIVIDADE CULTURAL</b>	227
Roda de Samba do CAPS Ad Mané Garrincha	
<b>ANEXOS</b>	228

## LINKS PARA ASSISTIR AO EVENTO

---

**20/06/2024 – MANHÃ**

<https://www.youtube.com/watch?v=CofnGsjiqyI&t=3s>

**20/06/2024 – TARDE**

<https://www.youtube.com/watch?v=pk7ZzgyJ2yk&t=3s>

**21/06/2024 – MANHÃ**

<https://www.youtube.com/watch?v=RH2vLgw46uo>

**21/06/2024 – TARDE**

[https://www.youtube.com/watch?v=Q\\_ePb29dkcQ&t=5s](https://www.youtube.com/watch?v=Q_ePb29dkcQ&t=5s)

## 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), unidade técnico-científica 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 no Brasil, suas atividades são desenvolvidas com ênfase na natureza multiprofissional e na inter-relação entre os saberes do campo. São pensadas atividades que agregam pesquisadores, colaboradores, técnicos, estudantes e bolsistas da ENSP e de outras instituições e entidades.

Ao longo dos anos, o LAPS vem desenvolvendo uma série de iniciativas com o objetivo de fomentar o debate acerca do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Entre cursos de formação para usuários, sobreviventes, familiares, lideranças políticas, redutores de danos, lives com debates sobre iniciativas de arte, cultura e economia solidária. Dentre essas iniciativas, a realização de eventos visa a elaboração de um pensamento crítico da população sobre o tema da saúde mental e atenção psicossocial, trazendo para o debate falas diversas de maneira gratuita, transmitidas de forma presencial e remota, democratizando o acesso à informação à população.

Foi nesse sentido que o 8º Seminário Internacional A Epidemia das Drogas Psiquiátricas propôs o tema “Os desafios da retirada das drogas psiquiátricas”. Além do registro em audiovisual disponível na plataforma Youtube, agora apresentamos este e-book com a transcrição completa das falas dos convidados, material que pode e deve ser compartilhado adiante em formato textual contribuindo assim, para a construção do pensamento coletivo acerca dos processos de cuidado em saúde mental no Brasil e no mundo.



## APRESENTAÇÃO

---

Nos dias 05 e 06 de dezembro de 2024 foi realizado na Fiocruz o 8º Seminário Internacional A Epidemia das Drogas Psiquiátricas com o tema “Os desafios da retirada das drogas psiquiátricas”. O evento teve como proposta discutir os efeitos do uso das medicações psiquiátricas, e um possível manejo para sua retirada. Ao apresentar para o público profissionais que estudam e atuam na área de maneira crítica, além de contar com a participação indispensável de sobreviventes da psiquiatria, o evento apresenta falas que questionam o modelo biomédico vigente, que insiste em reduzir a experiência do sofrimento humano a uma explicação meramente biológica, focada na doença, sem levar em consideração a complexidade do fenômeno.

O Seminário A Epidemia das Drogas Psiquiátricas - os desafios da retirada das drogas psiquiátricas foi organizado 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), pelo Centro de Estudos Estratégicos (CEE) em parceria com a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), e o Grupo de Trabalho de Saúde Mental da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

O evento foi iniciado com uma mesa de abertura que contou com a pesquisadora e coordenadora do LAPS, Presidente da ABRASME, Ana Paula Guljor, Fátima Rocha, atual subdiretora de ensino da ENSP, e Andrés Techera, do Observatório Latino-americano de Direitos Humanos e Saúde Mental. Em seguida, foi dado início à palestra de abertura intitulada: “Panorama internacional sobre as iniciativas e os desafios da retirada de drogas psiquiátricas” com a coordenação de Paulo Amarante que abriu a fala do palestrante convidado Robert Whitaker (Estados Unidos). Na parte da tarde, o evento prosseguiu com a participação de Tiago Pires (Portugal) em uma mesa intitulada “Diagnósticos e Drogas Psiquiátricas, dependência versus autonomia”, com coordenação de Andrés Techera. No segundo dia, contamos com as falas de Michael Pascal Hengartner (Suíça), e Marcos Ferraz (Universidade Estadual do Rio de Janeiro), com o

título “O uso crônico de antidepressivos e outras substâncias”, com coordenação de Ana Paula Guljor. Já na parte da tarde, Mariama Furtado (Instituto Epokhé), Artur Cardoso (Universidade Federal da Paraíba), e Tiago Pires Marques (Portugal) realizaram um debate com o nome “Questões Contemporâneas sobre Medicalização e Mercantilização da Vida”, mesa coordenada por Antônio Carlos Morais (Fiocruz). Também à tarde o evento contou com Robert Whitaker apresentando a fala intitulada “A Experiência Inovadora da Reforma Psiquiátrica Brasileira”. Para finalizar, os comentários finais e encaminhamentos ficaram por conta de Andrés Techera, Robert Whitaker e Paulo Amarante, com o título “Construindo uma agenda para a desmedicalização da vida”, acompanhado de um convite a todos para se juntar à Roda de Samba do CAPS Ad Mané Garrincha que aconteceu em seguida no pátio da ENSP. Contamos com uma participação expressiva do público no evento. Havendo sido realizado em formato híbrido, foi transmitido ao vivo através da VideoSaúde Distribuidora pelo canal da VideoSaúde no Youtube, e presencialmente no Auditório Térreo da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz) - campus Manguinhos, Rio de Janeiro/RJ. No total, contamos com 300 participantes na modalidade presencial no auditório. Já na modalidade online o evento já contou com 13.871 acessos ao link online pelo Youtube até o presente momento. Este evento foi idealizado e criado por Paulo Amarante e Ana Paula Guljor, desenvolvido pelos trabalhadores e pesquisadores do LAPS, por meio do Edital da PROEX 2024, que auxiliou o pagamento dos profissionais envolvidos na realização do evento. Agradecimento especial à equipe do Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz Antônio Ivo de Carvalho (CEE): Andrea Mello Gouthier de Vilhena, Bianca de Souza Oliveira, Daiane Batista dos Santos, Edna Barbosa de Almeida, Eliane Bardanachvili, Luis Cláudio Guimarães da Silva, Marlupe Aparecida Brito Sergio, Maria Zenilda Moreno Folly e Thais Frotté. Também agradecemos aqui pelo apoio e trabalho realizados por Edvaldo Nabuco na produção do presente material, e Ana Lourenço Arriana na transcrição pelo software Transkriptor. Queremos registrar também nossos agradecimentos a todas e todos que contribuíram para o êxito deste evento.

Rio de Janeiro, Abril de 2025

## **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.

### **ANDRES TECHERA**

Psicólogo pela Universidad de la República do Uruguai, tendo realizado seu doutorado em Saúde Mental Comunitária pela Universidade Nacional de Lanús na Argentina, com contribuições em publicações na área de desinstitucionalização, reforma psiquiátrica e saúde mental em parceria com o Brasil.

### **ANTÔNIO CARLOS MORAIS**

Possui graduação em Farmácia-Industrial pela Universidade Federal Fluminense (1979). Atualmente é coordenador de assistência farmacêutica do Instituto de Tecnologia em Fármacos – FIOCRUZ, onde está promovendo a estruturação da área. Tem experiência profissional na área de Farmácia há mais de trinta anos, com ênfase (especialista) em regulação sanitária de medicamentos; Boas Práticas de Fabricação e Controle vigente em medicamentos; Gestão em Assistência Farmacêutica; Conhecimento especializado da cadeia de medicamento e do seu ciclo de desenvolvimento; já proferiu diversas palestras sobre medicamentos e assistência farmacêutica em seminários, congressos e oficinas.

### **ARTUR CARDOSO**

Psicólogo com doutorado em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (UERJ); Editor da Revista

Abordagens (UFPB) e faz parte do grupo de pesquisas e práticas em Desmedicalização da Vida, onde coordena o GT de Antipsiquiatria e Estudos Críticos. Autor dos livros “Dos Manicômios ao Mercado de Saúde Mental” e coautor de “O Neoliberalês”.

### **CAMILA TEODORO**

Psicóloga formada pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); É pós-graduanda no Curso de Especialização em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia Fenomenológica-Existencial (IFEN); É membro do projeto de Prodência sobre Medicalização da Vida, vinculado a UERJ e membro do Laboratório de Fenomenologia e Estudos em Psicologia Existencial (Lafepe) da UERJ.

### **FATIMA ROCHA**

Analista de gestão em saúde na Fiocruz, exercendo o cargo de vice-diretora de atenção à saúde e laboratórios da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Mestre em Ciências da Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), MBA em Saúde pela Coppead-UFRJ, especialista em saúde pública pela Ensp/Fiocruz e em gestão de programas de DST/AIDS pela Universidade Federal do Maranhão. Coordenou o Programa Municipal de DST/AIDS da Fundação Municipal de Niterói e o Programa Estadual de DST/AIDS da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Com atuação como Consultora do Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde.

### **MARIAMA FURTADO**

Pós-Doutorado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (FIOCRUZ/ENSP/LAPS) Doutorado em Psicologia Social (UFRJ). Psicóloga Clínica e Pesquisadora da área da saúde, com Pós-Doutorado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/ENSP/LAPS). Doutora em Psicologia Social (UFRJ), Mestre em Psicologia Social (UFRJ/Universidade Paris VIII), Especialista em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Psicologia pela UFRJ, com intercâmbio na Universidade Paris VIII (Departamento de Filosofia). Especialista em Psicologia Clínica

na Abordagem Gestáltica pelo Instituto Carioca de Gestalt-terapia (ICGT). Docente da Pós-Graduação em Gestalt-terapia da PUC/RJ. Coordenadora do Instituto Epokhé.

### **MARIANA WITT LINS**

Sobrevivente da psiquiatria, estudante de psicologia pela UNISUL, moderadora da página @sobreviventesdapsiquiatria e facilitadora de um grupo de apoio de pares para mulheres em processo de retirada de drogas psiquiátricas durante 1 ano. Realizou visitas técnicas em diferentes serviços e iniciativas de saúde mental da Inglaterra e da Finlândia, através do Centro de Novas Abordagens Terapêuticas (CENAT).

### **MARCOS FERRAZ**

Biólogo e Psicólogo; Doutor em Ciências pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Professor Associado do Departamento de Farmacologia e Psicobiologia (IBRAG/UERJ); Coordenador das disciplinas de Psicofarmacologia e Farmacodependência e Coordenador do projeto: "Psicofarmacologia, nem panaceia nem dispensável", que discute a patologização da vida.

### **MICHAEL PASCAL HENGARTNER**

Psicólogo, pesquisador sênior e professor do Departamento de Psicologia Aplicada da Universidade de Ciências Aplicadas de Zurique. Possui interesse na área de epidemiologia, saúde mental pública, psiquiatria social, psicopatologia e psicofarmacologia. Colaborou com vários especialistas em todo o mundo, incluindo, o Prof. Irving Kirsch, da Universidade de Harvard, a Profa. Joanna Moncrieff, da University College London.

### **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).

### **PAULO AMARANTE**

É capixaba, natural de Colatina. Especializou-se em psiquiatria pela UFRJ e se tornou um dos pioneiros do movimento brasileiro de reforma psiquiátrica. Foi Presidente Nacional do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), é Mestre em Medicina Social, Doutor em Saúde Pública com Estágio de Doutorado em Trieste (Itália) sob supervisão de Franco Rotelli. Fez estágio de Pós-doutorado em Imola (Itália) sob a supervisão de Ernesto Venturini. É Doutor Honoris causa da Universidade Popular das Madres da Plaza de Mayo. Foi fundador e Presidente Nacional da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) e é Presidente de Honra da Associação. Professor e Pesquisador Sênior e ex-Coordenador do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

### **ROBERT WHITAKER**

Jornalista, escritor e fundador do site Mad in America e da comunidade internacional Mad in the World. Autor de importantes livros de investigação e denúncia da corrupção da psiquiatria como Anatomia de uma Epidemia, com edição em português pela Editora Fiocruz; Mad in America e Psychiatry under the Influence, ambos sem tradução para o português. Ganhador de importantes prêmios de jornalismo e finalista do Prêmio Pulitzer em Serviço Público.

### **TIAGO PIRES**

Doutor pelo Instituto Universitário Europeu de Florença; Pesquisador do Centro de Estudos Sociais (CES) da Universidade de Coimbra; desde 2014, desenvolve a sua

investigação sócio-histórica sobre a saúde mental. Atualmente investiga a história dos modelos de saúde mental na sua relação com a medicalização da vida e com a história dos direitos humanos. Editor do site Mad in Portugal.

## PROGRAMAÇÃO

---

### DIA 05 DE DEZEMBRO DE 2024 – QUINTA-FEIRA

**9:00 – 9:30 | MESA DE ABERTURA** *Participantes: Ana Paula Guljor (Psiquiatra – Presidente da ABRASME e Coordenadora do Laps – ENSP/Fiocruz), Andrés Techera (Observatório Latino-americano de Direitos Humanos e Saúde Mental), Fátima Rocha (Subdiretora de Ensino da ENSP).*

**09:30 – 12:00 | PALESTRAS DE ABERTURA - “Panorama Internacional sobre as iniciativas e os desafios da retirada de drogas psiquiátricas”** *com Robert Whitaker (Mad in America) e Michael Pascal Hengartner (Universidade de Zurique/Suíça).*

*Coordenação: Paulo Amarante.*

### **12:00 – 13:00 | ALMOÇO**

**13:00 – 17:00 | MESA REDONDA - “Diagnósticos e Drogas Psiquiátricas, dependência versus autonomia”** *com Tiago Pires (Universidade de Coimbra/Portugal), Mariana Witte Lins (Estudante de Psicologia – Unisul - e sobrevivente da psiquiatria), Camila Teodoro (Psicóloga – UERJ - e sobrevivente da psiquiatria).*

*Coordenação: Andrés Techera (Observatório Latino-americano de Direitos Humanos e Saúde Mental).*



## PROGRAMAÇÃO

---

**DIA 06 DE DEZEMBRO DE 2024 – SEXTA-FEIRA**

**09:00 – 12:00 | MESA REDONDA - “O uso crônico de antidepressivos e outras substâncias”** com *Michael Pascal Hengartner e Marcos Ferraz.*

*Coordenação: Ana Paula Guljor.*

**12:00 – 13:30 | ALMOÇO**

**13:00 – 15:00 | MESA REDONDA - “Questões Contemporâneas sobre Medicalização e Mercantilização da Vida”** com *Mariama Furtado (Instituto Epokhé), Artur Cardoso (Universidade Federal da Paraíba), Tiago Pires Marques Universidade de Coimbra/Portugal).*

*Coordenação: Antônio Carlos Morais (Farmacêutico Industrial - Fiocruz).*

**15:00 – 16:00 | PALESTRA - “A Experiência Inovadora da Reforma Psiquiátrica Brasileira”** com *Robert Whitaker (Mad in America).*

**16:00 – 16:30 | ENCERRAMENTO - “Construindo uma agenda para a desmedicalização da vida”** com *Ana Paula Guljor, Andrés Techera, Robert Whitaker (Mad in America) e Paulo Amarante.*

**17:00 | ATIVIDADE CULTURAL - Roda de Samba do CAPS Ad Mané Garrincha.**

## MESA DE ABERTURA

---

### PAULO AMARANTE

Bem, gente, bom dia. Sejam bem-vindos, então, ao oitavo Seminário Internacional Epidemia das Drogas Psiquiátricas.

Há oito anos, ontem eu falava com o Bob, Robert, daí ele dizia, ‘puxa, vida há oito anos, né? Uma coisa que persistiu, a gente conseguiu criar esse seminário na agenda nacional e internacional’. Nós estamos sendo também retransmitidos pelo canal... viu o Mundo, estamos acompanhados pelas *Outras Palavras*, *Outra saúde*, pelo Mad in Portugal, o nosso coordenador do Mad in Portugal, o editor está aqui, o Tiago, e estamos com outras, o Bob mandou Mad in América, o Mad na América manda para o Mad in World, essa semana manda. Para o Mad in World, e esta semana temos dois... pelo mundo afora.

Então, além do Mad na América, o pioneiro, o nosso Mad in Brasil, que foi talvez o segundo ou terceiro, não sei agora, mas é um dos mais acessados internacionalmente. Estou falando um pouquinho para a gente ir começando, uma vez mais dando as boas-vindas. Eu mesmo decidi começar para chamar a compor essa mesa, uma mesa rápida de boas-vindas, para a gente começar. Vou passar os convidados e depois falo um segundinho para a gente abrir a mesa na sequência.

Eu queria chamar a Fátima Rocha, aqui da direção da ENSP, a vice-direção aqui da ENSP, a Fátima, além da área, ela conversou com psicólogos da área, da área da saúde mental. Também convidar, então, a Ana Paula Guljor, que é a nossa coordenadora do LAPS, presidente da ABRASME, para essa mesa rapidinha de abertura, e o professor Andrés Techera Nunes. Andrés Techera, que é do Uruguai, Universidade de la República do Uruguai. Parabéns, Uruguai. E vai falar aqui em nome dos Observatórios Latinoamericanos de Direitos Humanos e uma proposta de encaminhamento que está

tendo a partir desse Observatório. Então, vou passar a palavra para a Fátima Rocha. Vamos sentar. Fique à vontade.

## **FÁTIMA ROCHA**

Bem-vindos, bem-vindos, *welcome*. Primeiro, eu estou aqui representando, na verdade, o Marco Menezes, que é o diretor da escola, por um outro compromisso com a agenda institucional e ele não pôde estar presente. Mas, normalmente, como a Ana Paula diz, eu venho aqui em todos os movimentos que são organizados pelo LAPS. Então, primeiro, parabenizar por essa iniciativa. Essa iniciativa tem um processo, tem um tempo, já é o oitavo seminário. Então, vida longa a essa discussão. Esse seminário, eu acho que traz isso que o Paulo aponta, da necessidade da gente formar cada vez mais redes colaborativas no campo da pesquisa, dos estudos. O LAPS tem essa função no campo da saúde mental, na atenção psicossocial. Ele é vinculado à direção da escola, esse é um núcleo importante há muito tempo nesse processo. E a marca de todas as iniciativas que ele organiza é a mobilização muito importante da nossa rede interna, a rede interna brasileira. E esse auditório está sempre bem cheio a cada evento que vocês organizam. Independente disso que o Paulo comentou, da chuva, do momento, dezembro e de tudo. Tem uma capacidade ao longo do tempo, eu acho que todo o trabalho da política pública no campo da reforma psiquiátrica ajudou muito. E a capacidade que vocês têm, a liderança, a articulação que vocês têm em diversos campos também traz.

Então, sejam muito bem-vindos, certamente parte das pessoas que estão aqui já estiveram nos outros eventos. O tema é um tema super importante e significativo para o campo do cuidado em saúde. A gente acha que tem desafios importantes no entendimento dos projetos de vida. A gente tem uma marca muito da biomedicalização nos nossos processos de cuidado. E acho que o desafio de vocês é tratar isso. foi o oitavo seminário, e tem tido uma repercussão bastante significativa.

Eu sou profissional de saúde, eu sou sanitarista, não sou psicóloga, mas como ele

disse, tive algumas incursões no campo da saúde mental, que me é muito cara, no sentido desse aprendizado. Aprendizado que a gente teve no Brasil, em outros espaços, mas a defesa de projetos de vida, de direitos humanos. E acho que esse seminário ele traz esses significados. Então, que cumprimento também o Andrés, companheiro também de luta aqui junto com o grupo do Uruguai, a Ana Paula, a nossa chefe do LAPS, e o Paulo Amarantes, que é ENSP, embora seja mais Centro Estudo Estratégico da Presidência da Fiocruz, mas está sempre junto aqui com a gente, fomentando essas discussões, essas reflexões, porque eu acho que a grande questão, como é que a gente... transforma todos esses desafios que estão colocados nessa pauta aqui.

O Paulo já tinha comentado comigo há um tempo, sobre esse ano, há um tempo nem tanto, mas os desafios realmente da retirada dos psicofármacos e como é que a gente tem que aprender. E acho que esse também é um processo de formação, de discussão, de reflexão crítica desse processo. Então, parabéns e vida longa a essa discussão e que a gente possa realmente incorporar na política pública da nossa América e do Brasil a transformação desse processo. Aqui na ENSP tem tido ao longo de uma história, e realmente é muito, muito longa, de formação de quadros importantes para o nosso Sistema Único de Saúde. Porque se a gente não tivesse uma instituição pública como a ENSP, como a Fiocruz, e que não tivéssemos o SUS, dificilmente a gente estaria em um debate ao longo desse tempo todo de transformação, de mudança.

E no momento que a gente vê a dificuldade, muitas vezes a gente, ao longo desse tempo de trajetória do nosso sistema de saúde, de fazer valer os princípios deles de universalidade, de equidade e de integralidade. E em um contexto também de inversão de menos orçamento e de privatização de uma série de processos no campo da saúde pública, apesar disso, acho que a gente ainda tem a Constituição na mão para poder fazer valer esses princípios e desafiar o tempo todo a transformação das nossas práticas de saúde, que é isso que a gente está aqui, para isso enquanto escola que forma. A nossa pedagogia é essa, uma pedagogia que coloca o sujeito no centro do processo, uma política de cuidado que seja mais emancipatória. E a trajetória de vocês, assim, parabenei o Paulo mais recentemente, em função lá da eleição, na indicação da ABRASME. Essa é uma luta que tem tempo, que tem história e que representa muito para a gente.

Muita gente jovem aqui, que talvez não tenha transcorrido tanto esse processo, mas eu acho que essa junção é superimportante, dessa história e desse futuro que a gente precisa construir nesse processo de educação permanente para uma cidadania que respeite, de fato, os direitos das populações mais vulnerabilizadas. A biomedicalização, efetivamente, não ocorre só no campo da psiquiatria e a gente precisa enfrentar esse debate no campo da saúde pública com vigor.

### **PAULO AMARANTE**

Obrigado, Fátima, pelo apoio, pela força e pelas palavras.

Eu vou passar para a Ana Paula Guljor, nossa coordenadora do LAPS, nossa presidente reeleita da Associação Brasileira de Saúde Mental, ABRASME.

### **ANA PAULA GULJOR**

Bom dia a todas e todos.

Saudando a mesa em nome do Paulo, mas dando as boas-vindas ao nosso parceiro de sempre, Andrés Techera, do Uruguai, a Fátima Rocha, nossa representante oficial do Marco de Menezes. Mas dizer primeiro que é um prazer a gente poder estar realizando esses eventos aqui na escola. Dizer da importância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fiocruz, nesse debate no campo da reforma psiquiátrica. A ENSP sempre se colocou desde o início, lá com o Paulo, há 40 e alguma coisa atrás, sempre se colocou em uma parceira de forma a propiciar condições para que a gente estabeleça esse debate, esse debate que, para além desse auditório, ele ultrapassa diversas fronteiras. A gente tem que agradecer à nossa equipe, tanto a equipe de transmissão, nossa transmissão ao vivo que depois fica gravada disponível para as consultas. Agradecer às equipes de

tradução e dizer que isso não seria possível se não fosse o apoio dessa escola, que compreende a importância de uma formação em saúde para além de uma formação bancária, de uma formação burocrática, mas que, a partir dessa formação, do que se oferta, se construiu um pensamento crítico.

A gente está aqui no oitavo ano desse seminário, Seminário Internacional Epidemia das Drogas Psiquiátricas, nessa edição ‘Os Desafios da Retirada dos Psicofármacos’, que é uma iniciativa concebida pelo professor Paulo Amarante, entendendo com a sua perspectiva visionária de questionamento, sempre pensando à frente do que se coloca. A gente vai ver tempos depois o quanto esses apontamentos de Paulo são fundamentais para os avanços, não só para os avanços da reforma psiquiátrica, mas para os avanços do Sistema Único de Saúde e do pensamento da sociedade como um todo.

Então, esse momento é o momento pro LAPS de grande... Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, que ele é o núcleo da direção da Escola Nacional de Saúde Pública. E dizer que esse evento, mais uma vez, trazendo esses parceiros, como o Andrés, como eu já disse, como o Robert Whitaker, desde a primeira edição, junto conosco, mas cada vez agregando novas pessoas. Nessa edição, nós teremos também o Michael Hengartner, acho que eu falei certo, o Michael Hengartner, o Tiago Pires Marques, lá de Portugal, a Mariana, a Mariana da Unisol. Mariana Lins, da Unisol, eu estou aqui, Mariana Lins, da Unisol, Camila Teodoro, da UERJ, o Marcos Ferraz, professor da UERJ também, o Artur Cardoso, da UFPB, e a Mariama Furtado, uma grande parceira, já há muito tempo conosco no LAPS, como uma colaboradora.

Estou vendo aqui o deputado Flávio Serafini, também um outro parceiro muito importante, que contribui muitíssimo nas nossas lutas. A Paula, que está sempre conosco. Agradecer, lembrar que nós temos, com uma curadoria da Leandra Brasil, a gente tem uma feira de economia solidária, que eu convido a todos a poderem visitar e dizer que eu espero que nós tenhamos bons momentos de debate. Acreditamos que essa discussão da patologização da vida, ela é uma discussão premente hoje no país, onde o Brasil é um dos que mais consome benzodiazepínicos no mundo, onde as respostas para questões

coletivas são individualizadas e, com isso, cada vez mais a gente culpabiliza o indivíduo, patologiza situações que dizem respeito à determinação social do processo de saúde e doença. Então é nessa perspectiva que a gente vem buscando contribuir com esse debate. E é muito prazeroso ver aqui ex-alunos que vão para o mestrado, se tornam professores e continuam fazendo, levando para os diversos lugares desse país e fora dele. Os nossos debates, as nossas discussões. Então, eu agradeço a presença de todos e desejo que a gente tenha um bom encontro aqui nesse oitavo Seminário Drogas Psiquiátricas. Obrigada.

## **PAULO AMARANTE**

Obrigado, Ana.

Saudar também, não tinha visto chegar o Flávio Serafini, nosso deputado, presidente da Frente Parlamentar em Defesa da Reforma Psiquiátrica do Estado do Rio de Janeiro. Obrigado, Flávio.

Então, vou passar a palavra para o Andrés Techera. Como eu falei, o Andrés é da Universidade da República do Uruguai, onde coordena, trabalha no programa da Apex. E lá coordena o Núcleo de Direitos Humanos e Saúde Mental do Uruguai, que é, no momento, o núcleo central da organização da Rede de Observatórios Latino-americanos em Direitos Humanos e Saúde Mental. Daí o Andrés vai se saudar e também trazer algumas ideias novas. Andrés Techera.

## **ANDRÉS TECHERA**

Bom dia, como estão? Muito obrigado.

É uma honra estar participando e compartilhando esta mesa com vocês, dando-

lhes a bem-vinda e esperando também que sejam umas jornadas muito ricas em intercâmbio, em desenvolvimento de debates. Agradecer muito a LAPS, a Fiocruz, a Ana Paula, por suposto, como coordenadora do LAPS, e a Paulo Amarante também, como um referente de muitos anos, que com sua trajetória também nos inspira e marca uma direção em relação ao movimento social pela reforma da saúde mental, pelo fechamento dos manicômios. É uma alegria estar com a Fátima compartilhando esta mesa também.

Bem, estar no 8º Seminário implica também essa consecução de encontros, que acho que isso é uma marca de Paulo, de poder dar continuidade aos processos e, em sua história, acompanhou e fomentou, impulsionou a organização de atividades que muitas delas são as oitavas, as novenas, e muitos anos de trabalho. Simplesmente compartilhar algumas ideias para poder começar com a discussão.

Eu trouxe, assim, muito esquematicamente algumas ideias para deixar e começar a debater durante as jornadas. Vou aplicar um pouco de sintético, mas a ideia é depois escutar os grandes e queridos referentes que vão participar durante as jornadas. Para pensar um pouco nesse tema da epidemia das drogas psiquiátricas, o primeiro que eu gostaria de colocar sobre a mesa é a situação social, as raízes estruturais da nossa sociedade e das crises que nos acompanham. Então, por um lado, pensar na questão da desigualdade social e das condições de vida que a maior parte da nossa sociedade vive, como essas desigualdades se foram naturalizando, projetos, projetos de país, projetos de sociedade também estão muito condicionados por essas desigualdades e também impactam fortemente na questão da saúde mental, da qualidade de vida de nossas populações.

Então, me parece que um tema importante é vincular essa naturalização da exclusão de enormes partes da nossa sociedade que estão condicionadas a viver em situações de muita vulneração de direitos. Aí quero pôr um primeiro ponto, então. Os valores do sistema que impõem formas de vida, de exploração e auto-exploração em relação ao trabalho, em relação a essas questões que se impõem na sociedade como, como objetivos de vida, que estão tão fortemente determinados pela busca do sucesso, pela necessidade de não ficar por fora. Então, me parece que esse é outro aspecto. o que tem a ver com as violências estruturais, as violências econômicas, as violências de



gênero, as violências raciais. Me parece que isso também é parte do contexto em que vivemos e que, infelizmente, cada dia se naturaliza mais.

Essa ideia de que há pessoas, há partes da nossa população que ficam por fora. Acho que... o sistema, em um momento, oferecia certas expectativas, nossos governos, nossos estados, de que as pessoas poderiam superar aquelas situações de maior precariedade econômica. Isso parece que com a instalação de. lógicas. muito mais cruéis. Falávamos há poucos dias em relação à perda de confiança do sistema democrático, como os jovens não acreditam mais no sistema, na democracia, no sistema político. Há um aumento dessa visão e dessa eleição por governos muito mais de direita, muito mais duros. Isso nos chama muito a atenção, enormemente. Sobretudo, dizíamos, nos jovens homens que cada dia apostam mais a governos de direita na região, mas também a nível internacional. Vemos essa condição que estamos atravessando.

O segundo que quero *plantear* é a crise do sistema de saúde em relação a dar resposta às problemáticas da sociedade. Vemos sistemas de saúde muito precarizados, que têm muitas carências, muitas dificuldades para as pessoas para aceder aos serviços de saúde de qualidade. Essa ideia instalada de uma saúde para as pessoas pobres e uma saúde para os ricos, isso está determinando também e creio que agudizando essa crise no sistema de saúde. que um pouco como sintoma deste sistema em que vivemos. Aí implica, obviamente, na saúde em geral, mas também na saúde mental em particular. Sabemos que a região tem condições similares, mas, em particular, em Uruguai, as enormes dificuldades para aceder a uma consulta a tempo, para o que tem a ver com o cuidado, na promoção e prevenção da saúde.

Muitas vezes o sistema só se encarrega das emergências e faz mal. Faz mal de formas muito precárias e muito... muito... fortemente determinadas por uma visão biomédica. Então, nesse contexto, me parece que é muito importante e obviamente também o aumento do consumo de drogas psiquiátricas também tem muito a ver com essas dificuldades que tem o sistema de saúde de funcionar mais integradamente, mais inter-institucionalmente, funcionando mais em rede, abordando realmente as problemáticas das pessoas. É um sistema que se está enfocando na atenção do sintoma, da urgência, através da internação ou através da prescrição de psicofarmacos, mas a pessoa

entra e sai igual ou pior, muitas vezes, do que entra.

Nesse sentido, acho que há muitas perguntas para nos fazer. Depois, e já para ir fazendo o fechamento, mas o papel das instituições públicas. Digamos, a necessidade de fortalecer as nossas instituições públicas como cuidadoras, como garantes do bem-estar público. Nesse sentido, e um pouco no lugar que me toca a mim, que é representar uma universidade pública de Uruguai, mas também no desenvolvimento da cooperação com outras universidades e instituições da região, Aí me parece que aparece uma potência bem importante.

Por um lado, o desenvolvimento de pesquisas, de investigações, de novos dispositivos, novas formas de pensar as problemáticas sociais. me parece que é um ponto substancial. E depois a questão da formação dos profissionais, a formação dos trabalhadores que vão desenvolver suas atividades no sistema de saúde ou nas instituições que têm a ver com isso. com o cuidado das pessoas. Acredito que é um grande dever que temos, uma necessidade de continuar apostando como região a espaços de formação e de desenvolvimento de novas olhadas sobre si.

E bem, finalmente, dar-lhes a bem-vinda, anunciar-lhes que estamos trabalhando intensamente em relação ao desenvolvimento dos observatórios, o observatório latino-americano, tanto como os observatórios da região, e estamos dando começo ao Centro de Estudos Latino-americanos de Saúde Mental e Direitos Humanos, que depois teremos tempo para seguir desenvolvendo, mas é uma convocação a pensar nesta direção.

Então, muito bem-vindos, muito obrigado e compartilhamos ao longo da jornada mais encontros.

## **PAULO AMARANTE**

Muito obrigado, Andrés.

Bem, eu peço licença que eu acompanho aqui no celular, mas é que eu tô acompanhando o YouTube também. Já temos quase 400 pessoas acompanhando o

seminário, fora aqueles que passam e assistem um pouquinho, mas 400 pessoas assistindo quase. E, bem, eu queria mais uma vez agradecer, dizer realmente assim, os convidados internacionais que vieram, as pessoas como o Flávio, outros tantos, vendo o Matheus, outros tantos, Cláudio aí, professores, o professor Ferrar, né, Kherif, que é de... da Suíça, Maurício Novello, da França, tem outras pessoas aqui, vieram inclusivamente para o seminário, tantos outros que estão convidados.

Nós, eu quero, não vou falar os nomes agora, mas agradecer realmente também enormemente a direção da ENSP, toda a equipe de apoio, o pessoal da imprensa, a TV ENSP que está transmitindo, o pessoal aqui do apoio, do CEE, as experiências de economia solidária que estão participando, nós vamos ter aqui, estamos também com a iniciativa de usuários na venda de livros, vamos ter alguns lançamentos, vamos lançar um livro que organizamos junto, o Robert e eu, que é o “Desmedicar”, que é um livro que foi feito em homenagem ao Fernando Freitas, a pessoa que junto com o Bob e eu criamos aqui o... iniciamos esse seminário, esse percurso aqui. E também o livro do Artur Cardoso que está sendo lançado, está aqui o Artur, da Mariama Furtado. Eu mesmo estou lançando um livro infantil também, é escassa a literatura infantil, um livrinho infantil aí ou a outra edição.

Então, é isso. Nós estamos felizes em agradecer, dizendo que a transmissão, o pessoal da transmissão está reclamando que deu um probleminha no som, mas já está resolvido na transmissão. Então, mais uma vez, depois eu vou fazer os agradecimentos, Leandra me ajuda aí a dizer os setores, o segmento, toda a arte que está colaborando da equipe do LAPS, do Mad in Brasil, do CEE, todo mundo passando. Então, eu vou agradecer à mesa, desfazer a mesa e começar o nosso tema de hoje aqui. Então, muito obrigado a vocês. Só um minuto ainda. Ele não falou não, mas nós vamos lançar aqui, mas semana que vem, no Uruguai, vamos lançar esse livro, que já está pronto, feito pela equipe do LAPS, é fruto de uma pesquisa que chama “Loucura e Transformação Social, Autobiografia da Reforma Psiquiátrica no Brasil”. Já foi lançado no Brasil, já está esgotado aqui três vezes. Cadê ele? Mas, bem, vai ficar para mim.

Bem, então, olha, nós vamos agora passar para a mesa. Desculpe o atraso, mas está mais ou menos dentro do contexto aqui. A mesa ‘Panorama Internacional sob as

Iniciativas e os Desafios da Retirada das Drogas Psiquiátricas’. Esse tema que a gente deu como ênfase para este ano, à medida que nós estamos nos deparando com uma biografia crescente, com uma experiência crescente, inclusive a criação do Instituto Internacional para a Retirada das Drogas Psiquiátricas, do qual nós fazemos parte, desse novo problema de saúde pública, que é o uso assombroso, como a expressão que o Robert usa, de aumento de uso de psicofármacos. A dificuldade de retirada dessa substância não é fácil. Algumas vezes a síndrome de abstinência são de altíssimo grau. E a dificuldade de retirar, dificuldade de ter profissionais que saibam administrar esse processo de desmame, de retirada, etc. Então hoje temos muito claro que as drogas psiquiátricas causam dependência química, produzem síndrome de abstinência e que é de difícil manuseio. É difícil manejo.

Então é isso que a gente quer nesse seminário, não vai ser exclusivamente sobre esse tema, mas ele é o tema central, tema que eu acho que está abrindo para dentro do país, junto com esse livro “Desmedicar” e tudo, esse debate mais especificamente, a necessidade que tem de despatologizar, desmedicar, desprecrever e des-diagnosticar. Então, para isso, eu vou chamar Michael Hengartner. Por favor, Michael. Michael é psicólogo. Michael Pascal Hengartner é psicólogo, pesquisador, sênior e professor do Departamento de Psicologia Aplicada da Universidade de Zurich. Possui interesse na área de epidemiologia, saúde mental pública, psiquiatria social, psicopatologia e psicofarmacologia. Colaborou com vários especialistas de todo o mundo, incluindo o professor Ivan Krish, que já esteve nesse nosso seminário, que é da Universidade de Harvard, e a professora Joanna Monclief, que também esteve já num seminário.

Todos eles, graças um pouco a essa parceria importantíssima com o Bob, com o Robert, nós chamamos de Bob, que faz um contato que nos atrai pensamentos grandes, pensamentos internacionais.

E agora, Robert Whitaker. Mesmo enquanto, vou chamá-lo de Bob, porque já temos essa... Afinal de contas, são oito anos desse seminário. E o Bob, eu acho que é a décima ou décima tanta vez que ele veio ao Brasil. Pela primeira vez que ele vinha, foi no primeiro Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental de São Paulo, tudo armado para o Bob, o primeiro seminário. Ele não conseguiu embarcar porque não tinha o visto. Não

sabíamos que precisaria do visto para entrar no Brasil. Mas ele veio logo no ano seguinte, no Congresso em Manaus, depois teve também em João Pessoa, em Santa Catarina, em Recife, em Campinas, agora é um frequentador assíduo, que nos causa até um certo ciúme de todos os eventos importantes brasileiros. O Bob, se todo mundo sabe, é jornalista, escritor, fundador do site Mad in America, da comunidade internacional Mad in the World, já anunciei que temos mais dois Mads novos aqui, autor de importantes temas e livros.

E, inclusive, o *Mad in America*, que foi o primeiro, premiado, “Anatomia de uma Epidemia”, que foi traduzido aqui para o português, publicado pela editora Fiocruz. Tive a honra de fazer o prefácio junto com o Fernando Freitas, e agora, recentemente, o livro dele mais impactante, é o “Psiquiatria sob Influência e Corrupção Institucional. Contribuições para a Reforma”. E desse livro, inclusive tem um capítulo, ou tem um extrato desse livro, o núcleo desse livro está nesse livro “Desmedicar” que nós produzimos juntos. Finalista do prêmio Pulitzer, ganhou outros prêmios nos Estados Unidos. Importante figura desse campo, certamente um dos pioneiros, dos mais respeitados profissionais que lidam de maneira séria e permanente no tema da medicalização.

Então, pela ordem aqui da nossa mesa, primeiro eu vou passar para o Bob, Robert, fica à vontade o tempo, vou dar um anúncio na hora mais ou menos. E depois o Michael. Então, agradeço mais uma vez aos dois pela participação e passo para o Bob a mesa.

## PALESTRA DE ABERTURA

*“Panorama Internacional sobre as iniciativas e os desafios da retirada de drogas psiquiátricas”*

---

### ROBERT WHITAKER

É uma honra estar aqui e estar com você. Mas vocês podem ver que não consigo falar muito bem em espanhol, então vou falar em inglês. Mas eu vou falar devagar, de maneira que a tradução poderá entender melhor.

Bom, eu queria dizer que eu tive a oportunidade de ter uma visita pela primeira vez e te convido agora. Antes de tudo, não posso deixar de dizer sobre a importância desse seminário internacional que vai mais além do Brasil. Ou seja, há uma conversa crescente globalmente sobre esses modelos de cuidado das doenças que existem. E essa narrativa, de fato, está mudando de forma global. Mas não tem outro lugar em que houve oito seminários, um ano seguido do outro, para promover essa discussão, então é incrível isso que vocês têm feito. O Brasil tem realmente a chance de ser um líder e procurar novas narrativas e formas de cuidado. Nós realmente estamos em um momento de mudança desse sistema de cuidado, e o que vocês estão fazendo agora está mudando tudo.

E o que acho tão único sobre o Brasil, é o fato de que esses seminários têm sido feitos dentro da instituição da Fiocruz, que é uma instituição muito prestigiada. Não temos sequer um outro lugar onde uma instituição de poder está promovendo um debate anual sobre esses sistemas de cuidado que temos há 50 anos. Então parabéns ao Paulo e a todos da Abrasme, LAPS e Fiocruz pelo que estão fazendo aqui, pois é algo muito especial, e é uma honra estar aqui por isso tudo.

Então, aqui é o que eu pensei que faria brevemente sobre esse tópico das drogas

psiquiátricas. É um tópico que está se tornando uma preocupação importante nos Estados Unidos, na Inglaterra e em outros países também. Então, o que eu pensei, eu falaria sobre como chegamos a este momento, e então, brevemente, algumas das iniciativas que você vê em outros países para lidar com este problema e tentar entender melhor e desenvolver serviços para ajudar as pessoas a se retirarem das medicações.

Agora, eu quero dizer uma coisa. No Brasil, vocês têm sorte. Vocês têm mais do que sorte, vocês têm os CAPS. Então, você tem um sistema que pode proporcionar apoio para a retirada de drogas se você faz parte dos serviços regulares. E não é como se não tivéssemos um sistema com CAPS nos Estados Unidos, por exemplo. Então, temos que inventar esses serviços fora de qualquer tipo de sistema de saúde pública. Mas vocês têm isso aqui no Brasil. Isso é um recurso real para abordar esse problema. Então, como chegamos aqui? Por que, de repente, estamos falando sobre a necessidade de ter serviços para a retirada de drogas psiquiátricas no ano de 2024? Por que essa preocupação se tomou tanto interessante? Não só no Brasil, mas nos EUA, na Europa e além. Para realmente entender isso, você precisa de um pouco de história. Vamos voltar para antes de 1980.

Então, antes de 1980, se vocês estivessem em torno dos anos 1970, você os escutaria falando sobre a depressão como um episódio depressivo. Você iria tê-la por um tempo e depois ela seria superada sozinha. Você não precisava usar as medicações para toda a vida. E o pensamento que havia nos anos 1970, e isso até veio dos líderes da psiquiatria americana, é que a única razão para se usar antidepressivos seria talvez para acelerar esse processo de cura natural. Você ia melhorar de qualquer forma, mas talvez com as drogas você poderia fazer isso mais rápido, ok? Então, por causa disso, eles não usavam as medicações por muito tempo, então não havia realmente essa preocupação com a retirada.

Agora, em termos de antipsicóticos, nós começamos a usá-los como uma forma de manutenção nos anos 1970, mas a ideia era: “bem, as pessoas com psicose têm que estar com essas drogas a longo prazo”, isso não é realmente verdade, mas por causa disso os efeitos da retirada nunca foi realmente uma preocupação de forma pública. Agora, nós tivemos uma preocupação acerca dos benzodiazepinas nos anos 1970. E eu ouvi que

vocês fazem um intenso uso de benzodiazepinas aqui no Brasil. Então, nos anos 1970, foi entendido que Valium, que era a benzodiazepina mais popular nos anos 1970, poderia causar dependência. Então, havia um pensamento de que você não deveria usar essas drogas a longo prazo. Apenas umas semanas, é isso.

Nesse tempo, 1970, não usávamos antidepressivos a longo prazo. Usávamos antipsicóticos, mas a ideia era que as pessoas com psicose precisassem estar com eles a longo prazo. E a compreensão era que os benzodiazepinas eram um problema. E você precisaria renunciar a eles, ok? Agora, o que aconteceu? O que mudou as coisas? Mudou em 1980, quando a Associação Americana de Psiquiatria publicou a terceira edição do seu Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. E a razão pela qual este é um momento de mudança é porque eles atualizaram a conceitualização do que acontece com as pessoas quando elas se tornam ansiosas, psicóticas ou depressivas. Antes disso, havia muita compreensão. Estes eventos emocionais aconteceram em resposta ao ambiente. Você diz: “o que estava acontecendo em sua vida?”, certo?

Em 1980, a Associação Americana de Psiquiatria disse “nós vamos reconsiderar problemas psiquiátricos como doenças do cérebro, dentro do indivíduo, e que é uma doença biológica. Muito rápido depois dessa reconciliação, que iam adotar um modelo de doença, eles chamavam de modelo médico, mas era realmente um modelo de doença. Esse modelo de doença foi exportado ao redor do mundo. Foi exportado para o Brasil, América Latina, Europa, Ásia etc. E o coração da história do modelo de doença foi a história do desequilíbrio químico. Você já ouviu falar disso? A depressão, por exemplo, era por causa de baixa serotonina. Dessa forma os antidepressivos levantariam a serotonina para fixar esse desequilíbrio, como a insulina para diabetes. Então agora, isso é uma história de, se você está depressiva, você tem uma anormalidade crônica no seu cérebro. Você tem uma patologia no seu cérebro e você precisa de uma droga para corrigir essa patologia. Então, uma vez que você tiver essa história, você vai usar essas drogas a longo prazo, certo? Essa se torna a história.

E de repente começamos a usar antidepressivos a longo prazo. Em 1987, o Prozac vem aos mercados. Diz que é para balançar essa deficiência de serotonina. E o uso de antidepressivos explodiu. Paulo escreveu este ótimo livro no *Outra Saúde* sobre a



introdução do Prozac no Brasil, e se eu li bem em português, diz entre outras coisas, que eles teriam usado mulheres andando de biquínis em eventos médicos que apresentariam essas drogas a eles. Mas de qualquer forma, isso se tornou a popularização do Prozac, antidepressivos, e de repente, nós estávamos mantendo as pessoas com essas drogas a longo prazo.

Agora, por que nós começamos a usar benzodiazepínicos de novo a longo prazo? Porque um novo benzodiazepina veio ao mercado em 1980 chamado Alprazolam. Foi marcado como Xanax nos Estados Unidos. Qual era o nome aqui no Brasil? A ideia era que essa droga não causaria dependência como Valium, o benzodiazepínico mais antigo, mas isso era uma mentira. Os primeiros estudos já mostravam que causava dependência, você teria problemas de retirá-lo e teria todos os tipos de sintomas de abstinência, mas eles escondiam isso da população para vender a droga. Então, é assim que todos nós, de repente, depois de 1980, começamos a receber pessoas com drogas a longo prazo, especialmente antidepressivos e benzodiazepínicos. E pelo longo prazo, pelo menos nos Estados Unidos, eles disseram que não havia nenhum problema em retirar dessas drogas. Você pode sair da antidepressivo sem problemas, de que você pode sair da ansiedade sem problemas. Mas isso não é verdade.

E o que aconteceu, especialmente com a formação da internet, é que você começou a receber fóruns de usuários dizendo que eles estavam tendo muitos problemas saindo dessas drogas, tanto no curto e no longo prazo. Então, se você olhar para onde terminamos como sociedade, nós terminamos em uma ameaça. E aqui é o que, graças ao DSM, publicado em 1980, nós tínhamos uma história sobre drogas que concertam os desequilíbrios químicas, certo? Essa história é falsa. Ela simplesmente não é verdadeira. A forma como essa história surgiu, e vocês irão ouvir mais a respeito disso com o Michael, é em torno de como os neurotransmissores se comunicam no cérebro, o neurônio pré-sináptico vai mandar mensagens para aquele espaço entre os neurônios, a molécula de serotonina se conecta com os receptores pós-sinápticos do neurônio, e assim que a serotonina passa, ela é movida entre esse espaço de forma bem rápida, depois ela retorna e é conservada para ser utilizada posteriormente para ser metabolizada, e esse é o funcionamento normal desse sistema. O que um antidepressivo como o Prozac faz é

bloquear essa recaptção normal da serotonina, remove a serotonina e a mantém por mais tempo no espaço entre os neurônios do que normalmente permaneceria. Então a teoria de que existe uma queda de serotonina na depressão vem dessa leitura ou compreensão acerca do mecanismo da ação da medicação que bloqueia o processo da serotonina e a mantém por mais tempo nesse local. Então, eles criaram essa hipótese de que a depressão vem da baixa da serotonina, eles relacionaram o funcionamento da depressão com a compreensão do mecanismo da droga. Por isso agora teriam que investigar se as pessoas com depressão tinham baixa serotonina antes de tomar os antidepressivos, e eles não chegaram a essa conclusão.

Isso tudo ocorreu nos anos 1980 quando essa ideia vinha sendo disseminada ao redor do mundo de que essas drogas não curavam uma anormalidade, que na verdade se criava uma ideia de anormalidade com o sistema de serotonina, ela bloqueia a atividade da serotonina e seu cérebro então faz um trabalho para compensar essa perturbação em seu funcionamento normal. Então em 1996, o diretor desse Instituto de Saúde Mental escreveu um artigo descrevendo esse processo, falando que essas drogas perturbam a atividade normal do cérebro e para responder essa perturbação o cérebro faz várias adaptações compensatórias. A droga vai agir e o seu cérebro vai lá compensar aquela atividade. Ele então disse, o seu cérebro está agora operando de uma forma diferente, qualitativa e quantitativamente do que em relação ao que é o normal. E em vez de normalizar, as drogas criavam uma *anormalização* no funcionamento do cérebro. E uma vez que você entende isso, você entende quais são os efeitos adversos no curto prazo que você tem. E você entende por que, no longo prazo, essas drogas não são boas para você, porque elas criam uma anormalidade no cérebro.

E você entende também, finalmente, quais são os outros efeitos. Porque o seu cérebro está se adaptando à presença dessas drogas. E uma forma de entender isso é que a droga é um acelerador da energia da serotonina e seu cérebro produz esse bloqueio, e depois quando você interrompe a medicação pode perceber essa atividade, esse mecanismo compensatório do cérebro. E então foi assim que a gente entrou nesse problema, porque nós contamos uma história falsa, e quando eu digo nós é porque isso se originou nos Estados Unidos, sobre a deficiência da serotonina no cérebro, e isso não era

verdade, e o que a ciência realmente mostrava é que não existia nenhuma patologia, mas essas drogas criavam uma normalidade. Isso explica duas coisas, ou melhor, três.

Porque que você vai ter efeitos adversos no curto prazo, um dos melhores exemplos é a disfunção sexual, porque a função sexual é que te torna saudável evolutivamente, e na verdade vemos uma disfunção sexual muito grande com o uso de antidepressivos. Mas vocês também vão ver por que sair dessas drogas é tão difícil? Porque o seu cérebro se adaptou à presença delas. Então, por que de repente estamos ouvindo tanto sobre a retirada e a abstinência? Porque existe uma evidência crescente relativa aos antidepressivos, assim como todas as outras drogas no geral, de que no longo prazo elas aumentam a cronicidade desses transtornos. Então, você acaba ficando dependente no longo prazo aos antidepressivos. Quanto mais você utilizar os antidepressivos, por mais tempo você irá manter seus sintomas depressivos, porque inclusive, temos uma grande capacidade natural de nos recuperarmos de um episódio depressivo. Isso não significa que ninguém esteja se sentindo bem utilizando antidepressivos, mas sim que você aumenta a possibilidade de continuar deprimido. E aumenta também a necessidade de compensar por todas essas anormalidades no longo prazo.

Então, de repente você passa a usar essas drogas por um período longo e você tem uma necessidade, um desejo de ver se você pode voltar ao seu estado normal. E a notícia boa é que muitas pessoas que fazem essa retirada de fato voltam para a sua vida normal. E como vocês ouviram, tem um site *Mad in America*, e nós temos afiliados agora em 16 países, e logo seremos 18. E muitas pessoas, histórias de pessoas que disseram que estavam usando por 20 anos as drogas e agora voltaram à vida, retornam à função sexual normal, à capacidade de se sentir, de se sentir vivos. As pessoas dizem, me sinto vivo, eu tenho minhas emoções de novo. Então, tem uma sensação de que, com serviços e apoio, você pode escapar dessa armadilha e ter a sua vida normal de novo. Essa é boa notícia.

A notícia ruim é que você tem dois problemas aqui com a retirada. Um tem relação com os sintomas da retirada, quando você retira tem sintomas físicos como de náuseas, febre, dor de cabeça, sensação de eletrochoque, além de sintomas psicológicos, como ansiedade, incapacidade etc., e alguns sensoriais também. E essa é a primeira coisa,

tem esse risco de recaída também, de retornar essa ansiedade, durante esse ciclo de retirada das medicações. E isso, de novo, não é porque você está voltando ao curso normal de ansiedade e psicose, mas porque agora o seu cérebro está modificado, você já se adaptou àquela droga que você se adaptou e já te predispõe a um risco de recidiva, e esse é o primeiro problema.

O segundo são esses sintomas, as pessoas vão falar deles. E além do risco de recidiva, existem todos esses outros sintomas que são físicos, psicológicos e sensoriais, pode ser muito difícil passar por esse estágio. E tem uma última coisa, e eu acho que é de muita importância para todas as sociedades. Existem evidências de um defeito iatrogênico. Sabe o que significa isso? Que é um prejuízo causado pela droga, pelo longo uso desses antidepressivos, e a gente pode falar disso também dos antipsicóticos, você está causando um problema no sistema nervoso. Então mesmo depois que você retira essas drogas, você tem esses problemas iatrogênicos no seu sistema nervoso. Então, você continua, por exemplo, com a retirada do antidepressivo se mantém a disfunção sexual e com a psicose, uma piora do quadro, ou a discinesia, uma desordem do movimento, isso aparece com muita frequência quando se interrompe o uso de antipsicóticos, vocês já ouviram falar desse problema que eu estou falando?

Então, dado esse uso na sociedade, isso se tornou um problema de saúde coletiva, social, porque nós estamos dando essas drogas para as crianças também. Então, temos que entender que nós estamos mudando o cérebro das pessoas e com o uso longo isso se torna mais difícil e esse processo envolve aumento de recaída, o risco de recaídas e preocupação com esses problemas iatrogênicos. Então, existem muitas perguntas e o Michael vai falar sobre isso, porque isso foi tão pouco estudado em termos do que acontece quando você sai das drogas, e você não sabe direito o que está acontecendo com o cérebro ao responder a isso. As pessoas pensam que ele poderia voltar ao normal com essa capacidade da dopamina, da serotonina, mas a gente não sabe de verdade. Então, ainda tem muitos testes que precisam ser feitos. E muito rapidamente, só um exemplo do que está sendo feito no mundo e o que está acontecendo agora no mundo. Eu vou falar sobre como eles surgiram.

O primeiro de todos é a preocupação de algo que não veio do processo

psiquiátrico. As pessoas descartam a preocupação dizendo “você vai conseguir, ah, você vai sair do uso de benzodiazepínicos sem problemas”. Mas essa despreocupação não é o que as pessoas estavam vivendo enquanto estavam passando por esse processo, tentando deixar o uso. Elas estavam vivendo dificuldades, e uma vez que a internet chegou no final dos anos 90, eles começaram a mostrar, compartilhar seus problemas. Isso se tornou um conhecimento que é o conhecimento do usuário, que não vem de cima para baixo, mas de baixo para cima. Pelo menos nos Estados Unidos, a gente tenta desprezar essa preocupação.

E o que estamos vendo acontecer nos Estados Unidos, por exemplo? Eu vou falar de outros países. Um dos primeiros países, locais que realmente abordaram o assunto é o Centro da Liberdade, no oeste de Massachusetts. E foram duas pessoas que estavam no hospital, eles tinham um diagnóstico de esquizofrenia e o outro de problema bipolar. E eles criaram um grupo em Northampton, que é no oeste de Massachusetts, e tem um hospital de saúde mental que tem ex-usuários dessas drogas. E eles se encontraram toda semana, centenas de pessoas vinham. E eles criaram uma rede de apoio para pessoas que estavam saindo dessas drogas. Então um dos objetivos desse grupo era justamente esse. Eles estavam pensando, a ideia era essa, se você tivesse problemas, você ligava para alguém. E eles se encontravam, falavam das dificuldades, as pessoas não se achavam mais sozinhas e isoladas nesse processo. Eles tinham outras pessoas conectadas a eles. E esse, esse foi o programa de maior sucesso que eu já vi na vida, porque, depois de tantos anos, tinha centenas e centenas de pessoas, pacientes de hospitais, que usaram muitas medicações e eles nunca tiveram um caso de suicídio. Eles conseguiram fazer isso com um grupo de apoio de uma forma muito segura.

E tem um outro grupo formado e é o Centro de Recuperação do Western Massachusetts, que é parecido com o Centro de Liberdade, que é apoiado pelo governo de Massachusetts. Eles recebem dinheiro do governo, e de uma forma muito similar, agora eles têm na área de New Hampton também, eles têm grupos de anti-suicídio, que ajudam as pessoas a se recolocarem no mercado de trabalho, eles têm centros de ajuda, e também centros de apoio para as pessoas que estão saindo das medicações. E se você for lá, a maioria das pessoas já saiu das medicações, já retirou as medicações, e ninguém está

sendo forçado a não tomar as drogas. Se eles quiserem tomar, eles podem tomar. Eles só estão tentando fornecer apoio para as pessoas que querem sair das drogas. E, nesse centro de recuperação, eles estão trabalhando ali já há 15 anos, com muito sucesso. E o ponto aqui é o suporte entre pares. As pessoas não fazem sozinhas, isoladas, porque você precisa, nesse momento difícil, você precisa de gente com você, entendeu? Dizendo que tem luz no final do túnel.

Além do mais, eles têm uma *peer house*, é um centro apoiado pelo governo, que sugere uma alternativa à hospitalização, é um lugar que tem em torno de oito camas, oito leitos, as pessoas podem entrar lá por conta própria, elas não são forçadas a tomar medicação, e são para pessoas que têm diagnóstico. É um lugar onde as pessoas que estão com dificuldade com drogas, eles podem ir lá e ficar uns dias, E essas casas estão começando a se espalhar em outras partes do país. A grande diferença é que eles são, justamente, dirigidos não por profissionais, mas por outras pessoas vivenciando dificuldades, seus próprios pares.

E a gente tem uma outra iniciativa da Laura. Você lembra da Laura? A Laura Delano. Quando que ela veio? Ela esteve aqui em 2017, 2018. Então, ela está lançando um livro chamado *Unshrunk*. Eu a encontrei em 2011 ou 2012, e ela havia lido *A Epidemia das Drogas Psiquiátricas*, e havia sido diagnosticada com questões de saúde mental, ela passou por uma experiência de ter utilizado muitos remédios e estava com essa pergunta em mente: “é possível sair das medicações?”, ela saiu dos remédios e foi a primeira pessoa a escrever sobre essa experiência no *Mad in America*, e lançou um novo livro sobre isso, e eventualmente também criou sua própria sessão de pesquisas sobre a retirada de medicações no site, e depois iniciou sua própria organização chamada *Inner Compass*, que basicamente é uma rede de suporte também, um website que contém muita informação de pessoas não profissionais, e pessoas que usam as drogas e conhecem os protocolos para sair dessas medicações e, de forma importante, eles ajudam as pessoas a se encontrarem. Se vocês quiserem sair de medicação, porque eles entendem que esse apoio de pares é essencial. E, como eu disse, ela tem um livro agora que está saindo chamado *Unshrunk*. Vocês podem, talvez vocês não entendam o que significa esse título. Os psiquiatras são chamados de *shrinks* nos Estados Unidos, o significado literal seriam

os afundadores, aqueles que afundam. Então, a ideia de *Unshrunk* é de se desafundar, de não ser afundado por essas drogas, de escapar desses psiquiatras. Tem essa outra rede de conexões que se chama *Hearing Voices*, ouvindo vozes. Eu acho que vocês têm essa rede aqui no Brasil agora. É uma iniciativa em que a ideia inicial seria de um lugar para pessoas estarem juntas e ao invés de tomar essas drogas para reprimir essas vozes, você aprende a conviver com elas, é uma forma diferente de ouvir essas vozes.

Eventualmente se tornou um lugar par renunciar às medicações, e vocês também ouviram de alguém aqui, essa é uma das coisas que o Paulo, na ABRASME, no LAPS fizeram, eles trazem tanta gente para o Rio e para o Brasil. Você trouxe também Olga Ronson, uma pessoa que foi diagnosticada com esquizofrenia, ela saiu do uso das medicações, e começou a ouvir vozes e a promover esse ouvir vozes. E agora ela dá palestras no mundo todo, e ajuda as pessoas a saírem da medicação. Mas o *Hearing Voices* também tem esse papel.

E agora, de *Hear Initiative*, de iniciativa de pares, que compartilha informações sobre quais são os problemas da retirada, quais são os sintomas que você pode ter, qual é a abordagem para poder sair, quais são os problemas de sair das medicações. O *Mad in America*, que eu fundei em 2011, e uma das coisas que fazemos é publicar histórias de pessoas que viveram essas experiências de sair das medicações, porque nada é tão importante do que ouvir as pessoas, a experiência delas, as dificuldades, as jornadas.

Isso é algo que nós publicamos. Já publicamos mais de 600 histórias pessoais, muitas delas sobre o processo de sair da medicalização. E também publicamos regularmente achados de pesquisas falando sobre a porcentagem de pessoas que sofrem desses sintomas de retirada, de abstinência, qual a experiência, quais são protocolos de retirada, conselhos. Temos uma sessão científica tentando fornecer informação científica sobre esse processo de saída, que inclui suas dificuldades. Temos educação continuada, webinários, apresentação para médicos que prescrevem isso, para ouvir sobre colegas, e temos *town halls*, encontros internacionais online sobre isso. O ponto aqui é que a mídia, não sei como ela é no Brasil, mas tem muita gente, por exemplo, no Reino Unido, falando sobre a retirada da medicação. E a mídia pode publicar isso. E fazendo isso ela faz duas coisas. Ajuda a informar a população, os usuários, e informar as pessoas que prescrevem

as medicações, podendo levar ao desenvolvimento de serviços. Então, uma vez que você tem uma discussão nacional, como você faz aqui, você pode ir além. E como você pode dar apoio às pessoas para fazê-los.

Além disso, tem também um grupo na mídia chamado rxisk.org, que foi criado pelo psiquiatra David Healy, eles estão juntando histórias que são a PSSD, pessoas que tiveram disfunção sexual prejudicada pelo uso da medicação e não conseguiram voltar ao normal e seus efeitos, estão criando um banco de dados. Ademais, a próxima iniciativa Paulo conhece bem.

Em 2017, a psicoterapeuta sueca Carina Håkansson foi co-fundadora do Instituto Internacional para a Retirada de Psicofármacos. O motivo pelo qual encontramos com eles é porque temos tão pouca pesquisa feita sobre essa retirada de psicofármacos. Como você faz? Quais são os problemas? O que acontece ao cérebro? Foi criado para ser uma organização de pesquisa que promove conhecimento internacionalmente sobre o que nós estamos aprendendo sobre a retirada das drogas.

A Carina, Paulo e o Fernando foram membros originais desse corpo docente de retirada. O Fernando já foi, mas temos um corpo docente internacional de psiquiatras, psicólogos, colegas que estão interessados nesse tópico, Paulo trouxe esse tópico aqui agora. O AIPW e IPW. Ele é liderado pelo John Reed, fora do Reino Unido, e temos a necessidade de ser liderados também por pessoas que são experts nesse campo, e ele é o diretor agora desse instituto sobre a retirada dessas drogas. Um dos outros membros do corpo docente é o Mark Horowitz e ele recentemente fez um texto sobre a retirada de psicofármacos que virou um texto de prestígio, uma referência no Reino Unido para guiar médicos durante esse processo de retirada. Tem uma outra pessoa que é uma psiquiatra chamada Swapnel Gupta nos Estados Unidos, ela também possui textos que falam sobre a prescrição desses fármacos.

Então, o que você vê nesse instituto, teve um encontro inicial, parece que em 2017, quando fomos para Gothenburg, mas as pessoas que são parte desse corpo docente voltaram para os seus países e começaram a falar desse assunto, como Paulo e a Fiocruz está fazendo hoje aqui, e o modo como esses institutos servem para espalhar esses assuntos a lugares. O IPW também tem encontros online, vocês podem participar. E



também tem hoje no Reino Unido, e o Reino Unido é líder, todas as perguntas sobre o sistema público de saúde deles. A mídia também está começando a falar sobre isso e está começando também um pouco nos Estados Unidos, mas mais no Reino Unido. E eles têm um grupo chamado *Council for Evidence-based in Psychiatry*, que é um conselho para pesquisa no Reino Unido, fazendo lobby no Parlamento para informações sobre serviços que apoiam essa pesquisa registrada dos fármacos.

Vocês já ouviram o Earl Sandwich, que é um grupo no Reino Unido que faz uma brincadeira com sanduíche, né? Promovem essa pesquisa científica e porque eles têm essa ação no Parlamento. O Parlamento tem, agora, grupos de estudos sobre a retirada dos psicofármacos, e assim promove esse debate. Então, tem um outro, que é o Dale Framer, e ela tinha algo como um grupo de sobrevivência aos antidepressivos e ele tem um conselho de prescrição de fármacos, congrega esses pares, esses pesquisadores, e falam sobre protocolos de sucesso, quais são os problemas, o que acontece com o cérebro quando você sai, e é claramente difícil parar de usar os fármacos. E também tem algumas residências clínicas, algumas atividades clínicas, temos uma iniciativa de medicação livre, *Medication Free*, que começou em 2016, que são grupos que fazem lobby no Ministério da Saúde, para pedir a todos os hospitais do sistema que tenham leitos para pessoas que não queiram tratamento medicamentoso, mas ainda queiram estar no hospital e receber cuidados, porque a maioria das pessoas que chegam, elas se tornam, e acaba se tornando um lugar para ajudar as pessoas para que se saia do uso da medicação.

E tinham um mandato para esses hospitais livres, que também aconteciam em Oslo, eu mesmo visitei esses locais, e o que eles tinham lá eram pacientes crônicos do sistema público. O primeiro paciente estava sob uso de 31 fármacos, por exemplo, com histórico de mais de 100 hospitalizações. Então, quando eu cheguei lá para conhecê-la essa pessoa já estava usando apenas uma medicação e chegou a perder 100 *pounds\**, passou a trabalhar como apoio, vivendo de forma independente. Infelizmente, esse centro fechou, mas é exemplo de um lugar onde vocês podem testemunhar as pessoas deixando de utilizar medicamentos, e o que você precisa fazer para que a pessoa saia da medicação. Uma dieta ajuda, praticar exercícios ajuda, uma boa companhia, esse tipo de coisa. Não é apenas sair, você precisa de um estilo de vida que ajude você a sair dos remédios.

\*Equivale a cerca de 45kg.

Tem um outro grupo na Noruega, que ajuda os pacientes crônicos a saírem da medicação que se chama *Basel Exposure Therapy* no sudeste de Oslo, e eles começaram a trabalhar com pesquisas e com os seus primeiros pacientes graves e crônicos que estiveram no sistema por longos períodos, metade deles foram capazes de fazer com que, em cinco anos, essas pessoas deixassem de apresentar sintomas, abandonaram seus diagnósticos, deixaram de tomar os remédios, e até mesmo voltaram a trabalhar. A outra metade você vê que pôde dar um passo para sair de um estado crônico, em muitas drogas, e ter suas vidas de volta, e pelo menos chegar a doses menores.

Vocês podem receber comentários desencorajando a deixar o uso de medicações, existem muitas pessoas que dizem: “eu peguei minha vida de volta”. Então, é uma experiência emocional que vai ajudar, e é uma história de sucesso. Então, no norte da Noruega, também, que saíram de reações esquizofrênicas com sucesso, e nesse hospital livre de medicações, eles trataram quase 500 pacientes sem administrar drogas, que saíam sem tomar as drogas. Era um lugar com pessoas muito ativas que saíram. Eu os visitei uma vez no meio do inverno, e esses são pacientes que foram hospitalizados por muito tempo. Eles faziam nessa visita era abrir um buraco no gelo e mergulhavam naquela água gelada. O que você vê quando visita esses lugares são pessoas que são bastante vivas e vivazes. Você encontra lugares onde você tem muitas coisas loucas, mas são bons lugares para visitar.

Existe um programa chamado Soteria House, que nos anos 1970 que era dirigido por Loren Mosher, e eles tratavam pacientes psicóticos com uso mínimo de antipsicóticos, e era um experimento muito bem-sucedido, que 20% nunca tiveram que voltar aos remédios antipsicóticos, outros 40% retornaram para eles temporariamente, e outros 20% continuou precisando delas a longo prazo. Isso foi um experimento em que Soteria produziu muito bons resultados. Essa abordagem foi introduzida em Israel em 2015, eles têm um número dessas Soteria Houses, que eles chamam de casas de cura. E quando você visita esses locais percebe que a maioria das pessoas consegue sair do uso da medicação. Você pode ir lá e encontrá-los fazendo qualquer coisa, correndo, tocando

violão, e mostra um recorde de gente que deixou, até mesmo casos graves de transtornos mentais. Então, haviam casas criadas por um psicoterapeuta que passaram a conseguir seguros de saúde. E em Israel, por exemplo, esse seguro de saúde pode ajudar, e agora eles cobrem esse serviço de desmedicalização. Então, são seis meses, nove meses, um ano em que as pessoas ficam, e essa Soterias House, em Israel, às vezes as pessoas querem pagar apenas por um mês os seguros, e um mês é pouco.

Nós temos *Alternative to Meds* no Arizona em New México, está operando há 15 anos por uma pessoa que tinha seus próprios problemas de adicção, eles trabalham com pesquisa e quando fizeram um estudo perceberam que 75% dos clientes puderam reduzir as suas doses ou deixar o uso a partir dessa parceria, eu falarei sobre isso amanhã. Vocês têm um sistema aqui chamado CAPS, que é absolutamente fundado para promover um serviço de retirada de drogas. Vocês têm um recurso que não existe na maioria dos países, e também tem muitos seminários sobre como sair das drogas a nível nacional. E vocês aqui têm a chance, após dois dias, de fazer alguma coisa transformados, alguma coisa grande, de poder fazer uma arena de pesquisa para ajudar a informa o mundo sobre o que é possível ser feito. O que é tão emocionante sobre este, porque vocês estão criando de país em país, e o que temos de evidência é que existe uma falta de conhecimento sobre o tema, de pesquisa, e falta um suporte sistêmico para que isso seja feito. Mas vocês aqui no Brasil estão em uma posição de poder ter um sistema, um suporte para aqueles que querem fazer a retirada de medicação, o que é muito interessante.

Nós temos esse modelo de doença há 45 anos, voltamos a 1998, e o que sabemos depois de todos esses anos sobre as drogas psiquiátricas? Que elas não consertam nenhuma doença, mas induzem a anormalidades das funções cerebrais. Sabemos que o uso a longo prazo pode ser muito problemático, acho que irão ouvir sobre isso com Michael amanhã. Ao mesmo tempo, sabemos que essa retirada pode ser muito problemática no imediato, podendo surgir os chamados sintomas de retirada do remédio. Mesmo que o remédio esteja fora do seu corpo, e ainda que você tenha a compensação com a normalização depois da sua retirada, às vezes as pessoas podem sofrer por deficiências relacionadas a esse uso, que são transtornos neuro-sistêmicos como de

movimento, de sono, um sinal de que existe um problema iatrogênico a ser tratado. Então temos um problema aqui, muitas pessoas estão sob uso dessas drogas, mas nós não temos um programa de apoio que auxilie na interrupção do uso da medicação. Essa deficiência é muito notável, e o que ouvimos dos usuários é que muitos deles desejam deixar de usar a medicação, eles acham o uso a longo prazo problemático, compromete sua vida, mas não conseguem suporte para isso, muitas vezes esse suporte vem apenas de seus pares. Então, para finalizar, isso é uma história de esperança. Leiam as histórias das pessoas que conseguiram abandonar a medicação. Às vezes dizem, “tenho minha vida de volta, eu posso amar de novo, eu posso me importar novamente”, você ouve sobre voltar a ter sentimentos. Vocês deveriam ler o livro da Moira Dolan, eu poderia tentar fazer com que ele seja traduzido para o português, ela fala de ter sido uma paciente crônica, miserável, tomando tantas medicações e ela conseguiu sair. Então ela se casou e, naturalmente, recuperou suas funções sexuais, algo que ela nunca teve pois foi medicada desde criança. É uma história inspiradora, é uma história de esperança. Imagino que seja verdade que no Brasil vocês estão medicando crianças, certo? Se vocês estiverem medicando seus filhos, vocês estão colocando-os como dependentes dessas substâncias num longo prazo. Então, eles vão se transformar em pacientes mentais. Acompanhá-los no processo de retirada dessas medicações é abrir um caminho, isso faz parte do que debatemos sobre a medicalização da vida, da infância, é realmente uma coisa terrível para fazer com as crianças. É isso. Muito obrigado.

## **PAULO AMARANTE**

Muito obrigado, Bob. Estamos realmente medicando muito, muito cedo, crianças já de 2 ou 3 anos tomando medicação, a partir de uma, consulta muito rápida. As vezes a pessoa ficou poucos minutos, sem nenhuma... Isso não justificaria se fosse longa, mas para mostrar a gravidade. Eu acho que a fala do Bob mostra, se demonstra a importância pelas várias experiências internacionais que estão ocorrendo, a dimensão do problema, o

reconhecimento desse problema que começa a ser percebido, a ser enfrentado. Então, assim, eu estava escrevendo aqui, porque eu vou anotando, vou falar rapidinho, porque nós estamos com quase 500 pessoas ou 500 conexões permanentes nos assistindo aqui.

Algumas delas, vou aproveitar para saudar o pessoal do Erechim, Erechim, todas as pessoas de todos os serviços, incluindo funcionários e trabalhadores e usuários, pararam para assistir juntos a esse Seminário. Muito obrigado. Isso aí que você vê, tem muitos grupos. Nós vemos muito isso, as pessoas do CAPS param e se reúnem numa sala para assistir. Então, são 300 computadores, 500 computadores ligados, mas são muitas mais pessoas. Eu queria lembrar, então, aproveitar a fala do Bob, muitas das pessoas que ele falou, para lembrar as pessoas que estão nos assistindo, que os Seminários todos sempre foram gravados, desde o primeiro. Estão todos disponíveis no YouTube, as conferências do Iaco Seiko, Ivan Kish, Joanna Monclief, Peter Gotzsche e tantos outros, além da Olga Runciman, Laura Delano teve duas vezes aqui, uma lá no Uruguai, no evento que nós fizemos lá no Uruguai. Então temos todas essas, o Peter Lerman, inclusive o livro dele sobre desmedicação tem capítulo meu e do Fernando. O Will Hall que também já esteve aqui.

Depois vocês podem verificar, a gente pode até fazer do *Mad in Brasil*, uma listagem, atualizada a listagem desse tema, como ele pode ser encontrado, essas conferências, isso é importante. Na mesa da tarde, com o Tiago Pires Marques, nós vamos ter, como é tradição nossa nesse Seminário, sempre ter também a fala de pessoas, usuários, sobreviventes, etc. Teremos duas mulheres sobreviventes da psiquiatria, que se denominam como ouvintes de vozes. Nós temos dados, no *Mad in Brasil* vocês vão poder encontrar muitas dessas informações e publicações dos livros. Recentemente, publicamos uma matéria sobre o livro do Marcello Maviglia, que é um médico italiano que mora no Novo México, da Laura Guerra, uma psicofarmacologista. Outras mais, como a Swapnil Gupta, o livro dela sobre *desdiagnóstico*. Fiz uma propaganda do *Mad in Brasil* aqui para que vocês acessem, vejam as matérias, as conferências anteriores que estão aqui. A experiência de Soteria do Loren Mosher, eu também tive a honra de conhece-lo. Então, nós temos muita coisa publicada, que é um tema, de fato, muito importante.

Não vou falar tanto, vou passar para o Michael. É uma honra, é a primeira vez que o Michael vem aqui, digo a primeira porque certamente ele vai ser convidado para outros eventos, outros seminários, não só aqui, mas também na ABRASME e outros espaços que nós temos abertos no Brasil sobre esse tema da desmedicação, desmedicalização, despatologização e *desdiagnóstico*. Então, Michael Hengartner, já apresentei, professor da Universidade lá em Zurique. Por favor, Michael.

### **MICHAEL HENGARTNER**

Muito obrigado. Na verdade, eu vim aqui porque na Suíça é só frio e tudo mais, então só temos neve e 0 graus, mas Paulo me prometeu que eu poderia vir um pouco e aproveitar a praia e aproveitar o Brasil. Então eu vim aqui ontem. Estava mais ou menos uma diferença de 25 graus, mas de qualquer maneira, foi boa. Eu estou muito feliz de estar aqui. Então, vamos chegar para a parte neurocientífica.

O que sabemos, o que estamos tentando descobrir sobre a desistência do antidepressivo, e quanto mais você pesquisa, e quanto mais você pensa, você percebe que na verdade, nós não sabemos nada sobre isso. Esse é o problema.

Então, às vezes, quando falo sobre isso, eu tenho a impressão de que é um tema interessante, que é algo novo e que na verdade nunca ouvimos falar sobre isso. Então, é realmente um tópico novo. Ou nós só descobrimos que, “oh meu Deus, os antidepressivos talvez causem reações de retirada ou podem causar dependência?”. Então, nós realmente descobrimos isso recentemente. Temos um problema aqui, não é que descobrimos recentemente, mas que o fato foi descartado ou negado. O que descobrimos é a ignorância sobre o tópico. Aqui é apenas um exemplo. Este é um grupo sênior de psiquiatras dinamarqueses, que publicaram em uma de suas revistas mais prestigiadas de psiquiatria. Em 2005, fizeram uma pesquisa com pacientes internados com transtornos de humor. Eles lhes perguntaram várias coisas sobre medicamentos, se isso é verdade ou

não, na opinião deles. Para a surpresa dos autores, por exemplo, 57% desses pacientes disseram que sim, é difícil parar o antidepressivo quando você os utilizou por um longo período e 56% disseram que acreditam que seu corpo pode ficar adicto ao antidepressivo. De acordo com o conhecimento dos autores, os psiquiatras, isso é falso, o que eles concluíram foi que uma grande proporção dos pacientes tinha crenças errôneas sobre o efeito do antidepressivo e que embora todos “esses assuntos”, para essas pessoas os sujeitos em sofrimento são assuntos, ainda têm ignorância e atitudes negativas. Sugerindo que precisariam de atividades psicoeducacionais, que elas fossem intensificadas. Para que esses pacientes não acreditem que podem ficar adictos a antidepressivos.

Esse é outro exemplo. Talvez você tenha convidado ele também. Peter Gotzsche? Ele estava aqui também? Sim. Ok. Então, Peter Gotzsche escreveu um livro. Ele escreveu muitos livros, mas em um, ele especificamente mencionou que muitas pessoas podem ter um tempo muito difícil ou dificuldades sérias para sair do antidepressivo. Então, ele escreveu sobre isso. David Knott e seus colegas, que é uma classe superior da psiquiatria britânica, escreveu uma refutação onde eles disseram que, na nossa experiência, a maioria dos pacientes que escolhem ficar com antidepressivos, fazem isso porque melhoram seu estímulo e bem-estar, ao invés de porque não conseguem lidar com os sintomas de desistir quando pararam. Muitos dos exemplos extremos de efeitos adversos dos antidepressivos são raros e às vezes suficientemente bizarros para garantir a descrição de um sintoma médico inexplicável. Estas são leituras acadêmicas, mas acho que a coisa mais importante é o que os pacientes, ou mesmo as pessoas, que tipo de experiência eles têm se eles vão ao médico e dizem que tentaram parar o antidepressivo.

Então, o que acontece com essas pessoas? Com sorte, agora têm muitas pesquisas que estão se perguntando isso. E o que elas nos dizem é que não é surpreendente essa preocupação. E se você pergunta aos pacientes que procuraram ajuda para sintomas de abstinência, eles relatam que 12% dos médicos negaram que os sintomas estivessem relacionados à abstinência. 15% dos pacientes dirão que os médicos foram úteis, mas imprecisos. 42% dirão que os médicos não foram úteis e foram também imprecisos. E somente 1% vão dizer que os médicos foram considerados úteis e precisos. E achados similares são quando você, por exemplo, fala de pessoas com antidepressivos, se eles

foram informados, seria difícil sair disso. E agora, sintomas que a gente chama de abstinência podem acontecer em 1 em 100, então, digamos assim, 1% dessas pessoas foram informadas.

Então, existe outro problema que estamos aprendendo, ok, que isso é algo que os pacientes não estão sendo levados a sério sobre isso, ou sendo informados sobre os efeitos. E tem outro aspecto que com o qual eu tenho que lidar muito, que é, você faz pesquisa porque você, talvez seja ingênuo, mas você acha que isso vai ajudar. Mas as reações que você recebe neste campo é que você não é bem-vindo com esse tipo de pesquisa.

Então, eu ouço muito, por exemplo, sobre a guerra contra os antidepressivos, ataques a antidepressivos, saúde e estigma profundo, ansiedade sobre antidepressivos. Então, esses são trabalhos acadêmicos de pessoas proeminentes que reclamam sobre pessoas como eu, pesquisadores como eu, ou pessoas como Bob ou Darren, que escrevem sobre essas questões. Então, as reações são muito hostis. Pelo menos, só tem alguns deles, não são tantos. Mas o chefe da Associação Psiquiátrica Suíça, por exemplo, ele foi entrevistado por um jornal suíço grande falando sobre isso, e eles orquestraram uma campanha contra mim, porque eu também falei sobre isso. Apenas para deixar claro que ninguém deveria falar sobre isso em público. Então, pode ser difícil, de vez em quando, falar sobre essas coisas.

Mas é uma novidade? Não é uma novidade. Isso é conhecido há muito tempo já. Eles estão no mercado. Agora se tornou uma ameaça, e é por isso que temos uma reação hostil. Mas, em 1961, você pode um caso que foi publicado no *American Journal of Psychiatry*, um dos mais prestigiosos dos Estados Unidos, sobre os sintomas de retirada de abstinência. Então, só um ou dois anos depois da chegada dos antidepressivos no mercado, então, você também muitos outros, nos anos 1980, um estudo muito amplo sobre isso, depois que esses inibidores seletivos de serotonina foram lançados no mercado. Então, esses problemas sempre foram tratados como abstinência, reações à retirada, só para tentar estabelecer um termo. Muitas pessoas aqui vão achar que é uma surpresa, porque logo depois um outro termo foi introduzido, que não era síndrome de abstinência, mas um novo termo foi descontinuação, síndrome de descontinuação.



Então, quando todo esse estudo começou, eles começaram por causa dessas drogas que se tornaram muito famosas, e acho que o Bob mencionou, com a introdução do DSM-III, o Manual de Diagnóstico e Estatística 3, que falou dessas novas condições denominadas neuroses de ansiedade, que se transformaram em transtorno depressivo maior e tudo se misturou. Mas sabendo que muitas condições que agora estavam sob essa nova categoria de depressão, eles eram parte da ansiedade e tudo isso, mas depois eram tratados com benzodiazepínicos. E agora são consideradas condições de transtornos depressivos e nós não temos que usar a benzodiazepínicos para esses casos, que têm uma reputação muito ruim. Esses benzodiazepínicos foram substituídos pelos ISRS, inibidores seletivos. Então, na década de 90, também tivemos empresas farmacêuticas que buscaram ainda mais aprovação de antidepressivos para esses transtornos de ansiedade.

Então, você tem que inventar novas desordens para essas novas categorias, porque, senão, as antigas vão desaparecer. Então, a gente tem agora tantos tipos de desordens e de transtornos de ansiedade dos anos 90. Então, muitas coisas aconteceram nesse momento e uma coisa que aconteceu foi que o termo retirada estava muito ligado à dependência, assim como os benzodiazepínicos, porque você tem uma manifestação física da dependência. E as pessoas rejeitavam a ideia de que os benzodiazepínicos causavam essa dependência. Então, por razões de marketing, a indústria farmacêutica queria desconectar esse termo dos antidepressivos, inventando um novo termo, que foi a síndrome de descontinuação. E foi inventado, em 1997, e se tornou muito popular num simpósio que foi parte de uma campanha de marketing lançada pela Eli Lilly, que é a produtora do Xanax, da Fluoxetina, que envolveu muitos líderes de opinião influente nos Estados Unidos para disseminar esse novo termo. E eles escreveram trabalhos pagos em jornais científicos famosos sobre como esse nome, descontinuação, síndrome de descontinuação, isso se tornou famoso no mundo e substituiu o termo retirada, abstinência.

Então, uma geração de psiquiatras que começaram seu treinamento nos anos 90, sua formação lá, ficaram surpresos. E ouvir que essa coisa de retirada não é nova, porque nos anos 90 era proibido chamar de retirada, de abstinência, você tinha que chamar de descontinuação, era só um novo termo. Então, isso é um resumo muito interessante do

Dr. Lugg, no jornal de psiquiatria de Nova Zelândia, e ele escreve que a síndrome de descontinuação é um eufemismo que parece ter evoluído da pressão das empresas farmacêuticas para delinear seus produtos a partir de outras drogas formadoras de dependência, por exemplo, benzodiazepínicos. O uso do termo foi perpetuado pela fusão do termo vício, com todas as suas conotações negativas, com dependências e, provavelmente, o medo dos médicos de preocupar os pacientes com o uso de uma outra droga formadora de dependência. É um termo enganoso que não é apoiado por evidências e minimiza os potenciais consequências adversas da abstinência, ignorando o fato de que os sintomas de abstinência podem ocorrer sem descontinuar o medicamento. E qual é a diferença entre dependência e vício? E esse é um erro enorme que é causado pela confusão desses dois termos.

Em Manuais de Diagnóstico, no geral, eles são utilizados de modo intercambiável. E no discurso profissional também, mas é importante saber que no discurso profissional, mas na farmacologia básica também e na medicina, eles têm um significado muito específico e distinto. Isso foi escrito por Horowitz e Taylor. Vocês podem encontrar outras referências de pessoas que estabeleceram a diferença desses conceitos. A dependência física, e agora nós falamos de dependência porque é de onde vem todo o problema, a dependência física surge quando o corpo e o cérebro sofrem adaptações à presença de uma droga. E cada uma das drogas leva a uma tentativa de readaptar o cérebro a essa substância. Então, o que o corpo faz é isso. O corpo quer contrabalançar o efeito da droga, que não pertence ao seu sistema, para poder manter uma nova homeostase, ou seja, um equilíbrio. E uma vez que você encontra esse equilíbrio, está ok.

Então, no caso dos antidepressivos o que acontece é que eles causam, os seus níveis de serotonina crescem muito rapidamente, mas esse não é o nível ideal do corpo. Então, o corpo tem que se adaptar a isso e se contra-equilibrar. Então, por exemplo, ele abaixa o nível de serotonina nos receptores e o efeito da droga é contra-equilibrado pelo cérebro. E isso a gente chama de dependência física, porque o corpo é obrigado a se adaptar. E a única evidência de um estado de dependência é o aparecimento de sintomas de abstinência na redução ou na interrupção da droga. Portanto, quando esses sintomas de

retirada aparecem, nós sabemos que eles são de uma dependência de uma substância e são a consequência fisiológica do uso prolongado dessas drogas. Se vocês não acreditam em mim, aqui nós temos uma afirmação de consenso da Academia Americana de Dor, da Sociedade Americana de Dor e da Sociedade Americana de Vício. E eles sabem o que é isso, então.

E eles falam assim, a dependência física é um estado de adaptação que se manifesta por uma síndrome de abstinência específica de classe de medicamentos que pode ser produzida pela cessação abrupta, redução rápida da dose, ou diminuição do nível sanguíneo do medicamento e ou administração de um antagonista. Essa é a definição formal se alguém tiver dúvidas sobre o assunto de que a droga possa causar dependência.

E por contraste, o que é o vício? O vício é um outro tipo de comportamento. causado pela busca de drogas, o desejo. O uso, como possível. E o vício é uma consequência psicológica e é por isso que a gente fica viciado em tantas coisas diferentes, como, por exemplo, compras, videogames, sexo. Tudo isso, jogos, internet, você não precisa ingerir algo para que seu corpo se adapte e você se torne viciado. Isso é vício.

É um comportamento de busca, um desejo incontrolável, compulsivo. E a coisa importante agora é saber que vocês, pessoas que são dependentes de uma droga ou de um medicamento, não são necessariamente viciadas. Muitos usuários de benzodiazepínicos que usaram por anos são fisicamente dependentes da droga, mas não estão viciados. Entendeu? Não estão. Não é que eles querem aquela onda ou ter a vida toda centrada nos efeitos da droga. Eles são fisicamente dependentes e é importante entender isso.

Então, a pergunta ainda é por que tantos psiquiatras e clínicos gerais alegam erroneamente que os antidepressivos não têm responsabilidade na dependência? E, de novo, eu diria que o principal culpado é esse manual DSM-III, na verdade a revisão de texto desse manual número 3, publicada em 1987, que confundiu o termo vício com dependência. Porque esse manual falou que vício é pejorativo e dependência é mais neutro. Então, vamos mudar, vamos substituir um pelo outro. Então, o termo dependência foi usado para descrever o comportamento descontrolado de busca de drogas para substituir o vício. Uma ideia ótima, não é? Então, eu não sou o único que acha isso. Não sou o único idiota que pensa isso. A gente tem o Brian aqui, que falou que que existe uma

resposta fisiológica normal chamada dependência física e tem o vício, que é um comportamento de busca de drogas chamado dependência no manual DSM. Muito bom, DSM, parabéns.

E é aí que começa a confusão toda. Todos os médicos diziam, ‘não, você não pode ser dependente de antidepressivos porque não é a dependência, é o vício que eles querem dizer’. Então, a síndrome de retirada, a abstinência de antidepressivos está sendo subestimada. Não temos muita pesquisa de qualidade nesse campo, mas a maioria das pesquisas diz que estão entre 30% e 60% dos usuários e envolvem vários sintomas mentais, depende do tempo que a pessoa faz uso, isso já foi mencionado e envolve muitos sintomas, e os mais frequentes são tonturas, sensação de choque elétrico, choque cerebral, insônia, irritabilidade, agitação, ansiedade, nervosismo, mau humor, crises de choro. Então, se você olhar esses sintomas, você pode dizer, ‘ok, realmente passar por eles é difícil, especialmente se os médicos confiam nesses sintomas mentais incidentes, e a recaída pode ser difícil’.

Então, o tempo também é importante, porque normalmente esses sintomas começam quando você tem doses muito baixas, muito abaixo do que aquelas recomendadas como terapêuticas. E, ironicamente, é o motivo pelo qual os médicos dizem que você não pode estar com sintomas de retirada, já que sua dose é tão baixa. E se você olhar para esses sintomas, você tem que confiar no que as pessoas dizem. O que as pessoas, pacientes, dizem, eles sabem como esses sintomas afetam essa queda de humor, como parte da ansiedade, porque eles convivem com isso. Eles sabem que essas coisas, essa experiência, quando eles tentam retirar a droga, é muito diferente. É uma versão química da queda do humor. Eles normalmente, os pacientes, eles fazem essa distinção. E a resposta à medicação é importante, porque se são sintomas de retirada, em muitos casos, vai desaparecer instantaneamente após o restabelecimento desse medicamento, do que na situação de um sintoma genuíno do transtorno mental. Porque se não os médicos vão dizer, ‘ah, você não pode esperar que o remédio haja tão rápido, você tem que esperar que em 2 a 3 semanas você comece a sentir esses sintomas restabelecidos, porque o corpo tem que começar a responder’. Então, não é a serotonina que se eleva. Então, esse é um tópico para um outro encontro.

Então, você pode também focar em sintomas muito específicos, porque quando as pessoas dizem: ‘quando eu estive deprimido, a primeira coisa que eu tive foi tontura, alguma coisa no cérebro’, isso é muito peculiar, eu encontro pessoas que descrevam que isso é parte da doença delas. Mas tem outro problema aqui, que essa distinção, essa confusão sobre a retirada está na pesquisa também, no modo como a pesquisa é feita. E eu diria que é intencional, porque se você tem um medicamento que causa muitos sintomas, é possível fazer parecer que não é um sintoma de retirada, mas uma recaída, essa medicação vai parecer muito eficiente. Existem muitas empresas que usam isso, que estão construídas sobre esse discurso. E nas tentativas de prevenção de recaída. Então, você tem os antidepressivos e outras drogas que ajudam nisso. Então, eles querem essa confusão porque o tratamento sempre é interrompido de uma forma abrupta, rápida, e o que você chama de recaída é acessado por meio de uma escala de sintomas e as pessoas são perguntadas sobre sintomas como é mau humor, ansiedade, agitação, insônia.

E esses sintomas são familiares? Claro, porque são também sintomas de abstinência, mas também estão também incluídos na escala de ansiedade, quando você acessa sobre a ansiedade da pessoa. Então, você acha que esse sintoma está mais relacionado com a sua condição mental ou não? Então, eles só vão perguntando e se as pessoas respondem que têm sintomas, eles vão só marcando ali. Então, entendam que no final dos anos 1990, a Eli Lilly, foi patrocinadora de um estudo de descontinuação controlado por placebo. E ela esteve vinculada à empresa farmacêutica que produz o Prozac que efetivamente promoveu esse estudo de descontinuação controlada por placebo, exatamente porque a paroxetina se tornou muito conhecida, vendeu muito mais do que a fluoxetina, do Xanax, eles desenvolveram esse estudo porque sabiam que a paroxetina apresentava esses sintomas muito severos de retirada, e as empresas farmacêuticas sabiam. E é claro que a Eli Lilly queria tirar vantagem disso, então eles fizeram esse estudo, comparando a fluoxetina, que tem uma meia-vida longa quando comparada com a paroxetina que sai tão rápido. Então quanto mais rápido ela sai do corpo, mais rápido ela vai produzir esses sintomas, ou seja mais rápido do que a fluoxetina.

Então, você tem cinco a dez dias, é claro que se as pessoas pararem de tomar, por

exemplo, por três dias, nada vai acontecer, porque a fluoxetina vai estar no sistema, mas a paroxetina que sai rápido, depois de dois ou três dias, a pessoa tem sintomas muito mais fortes. Então, ela fez essa comparação entre essas duas substâncias, entendeu? E eles mostraram que se você interromper abruptamente o tratamento, você substitui por placebo sem que os pacientes percebam, então você verá esses sintomas de retirada, classificados como recaída dos sintomas da depressão.

Isso foi mais ou menos feito, mais ou menos, essa base na escala de avaliação de depressão em até 27% das pessoas. Elas causam sintomas de abstinência que se classificam, na verdade, como recaída da depressão. Fizemos muitas pesquisas sobre isso, como eu mencionei antes. Quando os sintomas se desenvolvem, tentativas, os ensaios de prevenção de caída, vocês vão notar que os sintomas são desproporcionais e muitas vezes acontecem nas primeiras semanas após a descontinuação do tratamento. Então, essa desproporcionalidade é variada. Mas se vocês sentem que tem, por exemplo, eventos que acontecem seis semanas depois da descontinuação do tratamento, isso reduz o efeito do medicamento. Mas só em mais ou menos seis semanas, vão acontecer eventos após a descontinuação do tratamento. E se vocês colocam uma pílula de placebo depois de 18 semanas de descontinuação, o placebo vai prevenir as recaídas tão bem quanto o tratamento medicamentoso continuado.

Então, isso é quando as pessoas estão continuando com as drogas ativas ou colocadas em placebo. Então, vocês veem aqui a curva. Este é o efeito preventivo que a droga pode ter. Quantas recaídas, chamamos de recaídas no momento, que são prevenidas. Não pode prevenir em 100%, claro. Você pode explorar isso várias vezes, mas são duas... As pessoas têm recaídas, não porque eles pararam o tratamento. Especialmente na depressão, uma pessoa pode ter uma recaída depois de alguns 3 meses outra aos 6 meses. Por exemplo, se você tomar estatina e outra pessoa tem placebo, os dois podem ter eventos vasculares em algumas semanas. Isso é uma loucura. E isso é o que nós podemos ver, é que se isso realmente fosse um efeito preventivo, a linha do gráfico estaria caindo. E vocês estão aí com todas as prevenções de recaída e, naturalmente, tem reguladores americanos de um data-base, e eles acham que esses dados são os mais confiáveis. Eles mostram um parâmetro, um padrão que não é uma coisa

comum e que não seria só de recaídas. Essa prevenção ocorre em duas semanas, e o importante é que depois de 18 semanas que tome a droga ou o placebo, ele não vai prevenir as recaídas.

Se isso fosse uma droga que realmente prevenisse a recaída, você deveria poder vê-la prevenindo depois de algumas semanas. E a coisa toda é porque eles mostram que as pessoas que têm essas criações vão prevenir as criações de abstinência. Então, se nós tivermos, nós temos estudos que podem medir isso, vão falar em três, quatro semanas, que tomam paroxetina e comparam isso com pessoas que tomam placebo, vocês vão ver que as pessoas que usaram a paroxetina mudaram a sua recepção, em comparação com pessoas que tomaram o placebo. Isso começa depois de duas, três semanas, você tem mais ou menos um 10% de diferença em algumas semanas. Então, a mudança é bastante rápida de adaptação. Então, essas adaptações, eles vão mudar a sua independência na retirada e adaptações que vão fazer.

Falando da recepção de serotonina, nós temos diversas imagens neurológicas que vão ver que essa indução ISSR [*serotonin receptor downregulation*] vai ser, assim que você começa a usar, o cérebro se dessensibiliza e diminui o nível de concentração de receptores de serotonina no cérebro, depois de algumas semanas utilizando a droga você tem uma menor concentração de receptores se relacionado com quem usa placebo. Isso porque é a maneira que o nosso corpo está predisposto a funcionar. Nós temos aqui uma linha azul que vai mostrar a concentração de serotonina. Tomamos a pílula e a concentração de serotonina aumenta. E tem um ligeiro atraso, em que o corpo introduz essa adaptação da serotonina, a dessensibilização vai demonstrar que o nível de droga vai cair abaixo do nível no que o corpo se adaptou a funcionar ao buscar a homeostase. E quando você para de usar a droga muito rapidamente, você vai ter um desequilíbrio, uma queda mais rápida. Então, essa linha azul é a serotonina, de concentração de serotonina, que vai levar mais tempo para resolver ou se adaptar. Então, a serotonina vai ver que o corpo não é tão rápido na adaptação. Então, você vai precisar de 1 a 3 semanas, e algumas semanas para poder aumentar esse nível, assim como para baixar. E se você tomou essas drogas por 10, 20 anos, o seu corpo vai ser realmente possível de poder resolver isso? Não sabemos. Essa é a diferença que tem entre a droga e a retirada da

droga.

E falando, aqui nós temos a fluoxetina. Esse é o mínimo standard que vai subir e não fazer diferença, porque uma dose mínima, que é mais ou menos 80% de serotonina, vai ser ocupada e você aumenta a dose ao máximo e você não aumenta o receptor de serotonina. E essa eficácia vai aumentar se você... as pessoas não respondem, não faz diferença dependendo da sua tentativa, porque neurologicamente tem uma diferença quando isso cai. E quando você está um pouco abaixo da dose mínima, você vê como o receptor vai se ocupar e diminuir. É assim que o paciente toma uma dose que é muito menor, talvez metade, ou um quarto, ou a dose mínima possível, essa ocupação não vai aumentar, que vai baixar de 80% para 50% ou talvez 20%, e é o mesmo com outras medicações. Então, essa é uma dose muito baixa e um risco muito alto que biologicamente faz sentido, porque não tem uma diferença biológica. Então, isso tem implicações de como você deveria reduzir a dose. Muitos pacientes podem reduzir sem problemas, mas isso pode ser um problema depois de um tempo, muitas vezes você precisa realizar esse processo de forma lenta para que o corpo consiga acompanhar o processo que ele mesmo criou por tantos meses ou anos você já tomou essa droga. Então, quando você tem uma dose de redução de 10% da dose a cada duas, três semanas, e a redução se torna cada vez menor, por exemplo, para 10 miligramas, você vai para 9, aí depois vai para 8, 7, 6, e você vai reduzindo aos poucos, e não pode reduzir rapidamente, até chegar a 1 miligrama. Por isso os médicos dizem 'o que você está fazendo? Você está louco? Você não tem noção?'. Mas é claro que faz sentido. Olha, quando meio miligrama, aí pode estar a diferença entre 20% ou 10% de uma ocupação do receptor, mas é uma dose muito pequena. Não sabemos.

Alguns pacientes podem reduzir mais rapidamente e outros não, não sabemos o porquê. Isso depende da influência de cada pessoa. Quando se começa a buscar e pesquisar... depois de setenta anos que essas drogas estão no mercado, começamos a nos perguntar como é a retirada dessas drogas do corpo? Muitos médicos se sentem muito à vontade para prescrever, mas muitos se sentem inseguros para desprescrever. Aí vocês podem dizer, vocês têm uma redução de 20% a cada semana, mas às vezes, se as pessoas



tiverem sintomas muito intensos durante a retirada, é melhor uma redução de 5% a cada quatro semanas, e, por isso às vezes se leva anos para poder reduzir a prescrição. Então, pessoalmente, eu tenho um colega que teve problemas com a paroxetina, ele tenta retirar a medicação há anos, professor Taylor também teve essa dificuldade. Então, esse tipo de pesquisa é realizada por pessoas que também experimentaram esse tipo de problemas com a retirada de remédios. Então, Mark Horowitz também está realizando essas pesquisas, então sem essas pessoas se dedicando a essa pesquisa, nós mal saberíamos qualquer coisa sobre esse tema. Muitas vezes, especialmente na psiquiatria, se exige paciência de nós com o trabalho, e aprendemos muito diretamente com nossos pacientes.

Então, agradeço muito ao Paulo por arranjar a minha viagem pelo seu convite e eu gostaria de chamar a sua atenção para esse livro chamado *The Maudsley Deprescribing Guidelines* [As Diretrizes da Desprescrição], ele é muito importante. Então, vocês podem consultar esse do Mark Horowitz, e se vocês estiverem interessados para ver o que nós já sabemos para parar ou reduzir as medicações psiquiátricas, tentem conseguir esse livro, porque é muito útil. Eu escrevi um pouco dele, vocês não precisam, mas vocês podem consultar outros dados. Muito obrigado.

## **PAULO AMARANTE**

Muito obrigado Michael. Eu agradeço muito. Temos muitos usuários de serviços ouvindo a sua fala. Da dificuldade que temos de encontrar profissionais, médicos principalmente, que saibam sobre discussão, que conheçam essa problemática, que pensem dessa maneira. mais difícil ainda encontrar profissionais que possam administrar o manejo da retirada da droga. Falando, então, da importância da formação, da gente criar aqui, a partir da Fiocruz, da Abrasme, do *Mad in Brasil*, dos *Mad*, programas de formação, nós estamos traduzindo. Eu aqui, uma vez, o Iaco, quando falou do trabalho dele, do diálogo aberto, eu cantei o direito de publicação. Ele nos autorizou, é publicado o livro do Iaco pela editora Fiocruz, é uma editora pública respeitadíssima, vocês sabem

disso. Então, vou cantar o Michael aqui desse passar os direitos para a língua portuguesa, brasileiro pelo menos, porque temos português aí que vai ficar também querendo, certamente, para publicarmos aqui. Traduzimos o do Bob também aqui, assim, o Anatomia e Epidemia.

Fizemos a tradução de parte desse trabalho, traduzimos outras coisas. Estamos na tradução do Marcelo Maviglia, que é sobre também a retirada das drogas psiquiátricas. E lembrei de um monte de gente que a gente, o John Reed, que esteve aqui também, várias dessas pessoas que estão para vocês assistirem ao YouTube. Então, a importância de fazer cursos disso, de fazer esse debate, de criar espaço, por exemplo, como o Bob lembrou, de autoajuda. Nós temos aqui várias pessoas e vários assistidos. uma atenção disso.

Nós não temos muito tempo para discussão, mas eu vou aproveitar para dizer, é assim, eu vou abrir, se alguém quiser falar, eu pedi primeiro já, antes de mais nada, que sejam falas muito curtas ou perguntas para pelo menos demarcar, para marcar os pontos de interesse, que às vezes tem dúvida que não foram debatidos. Para podermos ouvir pelo menos quatro, cinco questões. Considerando o espaço, a dificuldade de chegar, nós vamos oferecer um lanche aqui mesmo, um brunch, aqui no hall. Sim, aí as pessoas podem, se não quiserem sair para comer um churrasco rodízio, se quiserem comer um lanchezinho aqui, tem essa opção.

Também temos um restaurante de economia solidária aqui, de cozinha participativa, comida vegetariana, alternativa, vegana, aqui no térreo também, para quem quiser, pago, mas tem uma inflexão, digamos, a forma da alimentação, da produção e tal. Além disso, temos a Feirinha de Economia Solidária, com algumas experiências, considerando o período de chuva, mas temos três grupos de economia solidária, em geral, de artesanatos e outras coisas, de alimentação, como o da Praia Vermelha, o Bacanas Corações, a venda de livro, para vocês depois aproveitarem para conhecer. É uma maneira que a gente não vai ter que se distanciar muito para comer, em princípio, então a gente vai poder comer por aqui, e ficar vendo, nós tivemos um problema com a exposição da obra da Patrícia Ruth, que a gente queria demais fazer, que não pôde ser realizada.

Então, vou pedir que as pessoas que queiram demarcar pontos, perguntas,

questões, que o façam de uma maneira breve, para que a gente possa, pelo menos, sentir o máximo possível as dúvidas, as questões. O João Pedro e a Jéssica estão com microfones na mão, vocês levantem a mão que eles vão, e a Camila ali, equipe do LAPS/*Mad in Brasil*, está aí ajudando. Digam o nome, por favor, muito rapidamente, o nome, o local para a gente situar, ou qualquer coisa que situe, quem é a pessoa.

### **PARTICIPANTE PATRICIA TOMIMURA**

Bom dia, meu nome é Patrícia Tomimura. Eu sou de Niterói. Eu venho tomando remédios psiquiátricos há 27 anos, com 15 a 20 hospitalizações, e agora estou num processo de desmame, através de vários grupos de ajuda mútua, E o Mighty Networks, que é esse aplicativo que a Laura Delano agora lançou na internet, eu tenho conseguido diminuir os remédios psiquiátricos. E aí eu passei em um concurso para psicóloga PCD, em Niterói, no ambulatório, trabalho no ambulatório de Pendotiba, de Niterói e vem com muita dificuldade fazendo a diminuição dos remédios psiquiátricos. Então, como o Paulo já disse, nós temos uma carência de psiquiatras que possam acompanhar a gente a fazer esse processo de desmame e no SUS existe uma grande resistência das psiquiatras e dos psiquiatras para fazerem laudos de pessoa com deficiência, para que as pessoas como eu, que possam estar passando por dificuldades no desmame, possam conseguir vagas especiais de trabalho. Então, no SUS, eu noto que a gente tem uma dificuldade especial em acompanhar essas pessoas fazendo desmame devido à carência de recursos humanos e materiais. Então, eu queria colocar isso aí para vocês. Muito obrigada.

**PAULO AMARANTE**

Ok, Patrícia. Obrigado. Há muito tempo que eu não te via. Seja bem-vinda. Tem mais? Aqui. Obrigado, Patrícia, pela precisão, atendendo ao... Aqui o microfone. Ali está.

**MAURICIO NOVELLO**

Boa tarde. Excelente a discussão, esse debate é bem necessário. Há uma questão fundamental. Maurício Novello, de Paris. Obrigado. A primeira questão é a associação entre o que foi dito primeiramente e depois por vocês, Bob e Michael. Como acreditar na ciência? A gente vive uma crise na ciência, há uma violência institucional da ciência, tem gente que pensa que o mundo, entendeu, não é redondo, entendeu, coisas que são extremamente graves. Como que a gente pode lidar? Qual é a nossa responsabilidade no que se refere à ciência?

A segunda questão é uma questão um pouco mais técnica. Como que a gente deve usar essa ciência? Como que a gente deve usar os remédios? Como que a gente tem que ver a progressão das pessoas, dos sintomas? E é verdade que a evolução de alguma coisa que é concebida como crônica e com um desespero terapêutico, a gente volta a Pinel, essa ideia horrível de que a pessoa é condenada à vida. A questão fundamental é que nós estamos dentro de um ponto que, para superar um pouco essas contradições, a gente necessita da neurociência. Por quê? Porque, na verdade, os fenômenos adaptativos, que são fenômenos biológicos, eles devem ser entendidos como fenômenos ligados ao neurodesenvolvimento, ou seja, aos fenômenos de plasticidade neuronal, aos fenômenos de neurogenese e neuronal. Ou seja, o problema é ainda mais grave do que a gente pensa. Não só por essa questão da cronicização como uma condenação, mas com relação ao desenvolvimento da vida e do ser humano em sua especificação.

**PAULO AMARANTE**

Ok, Maurício. Obrigado. O Maurício, disse, a gente está aqui preparando também alguns desdobramentos desse debate, que nós vamos em breve, vocês vão ser comunicados aí de outros cursos, outros... Quem que é agora? É Matheus?

**PARTICIPANTE MATHEUS PEREIRA**

Bom dia. Primeiro quero agradecer ao Paulo e à Ana Paula, que são guerrilheiros disso que está acontecendo aqui hoje. Então, são pessoas fundamentais para a saúde mental do Brasil. Então, eu queria agradecer vocês por nos proporcionar essa possibilidade de discussão. E queria dirigir à mesa, uma pergunta. Com relação a quais dificuldades de transmissão que vocês têm tido, já que vocês fazem enfrentamento ao mercado e à hegemonia de mercado, tanto nas universidades quanto para os governos no campo estatal, já que a gente sabe que, com o neoliberalismo, há também uma abrangência que Ludovico Silva, um venezuelano, chamou de mais-valia ideológica, que está nas informações dos psiquiatras e, principalmente, tendo uma abrangência grande no pensamento das pessoas mais vulneráveis. Então, nesse sentido, eu queria saber de vocês quais as dificuldades de transmissão dessas ideias para chegar na população e nos psiquiatras?

**PAULO AMARANTE**

Obrigado, Matheus. Quem agora?

## **PARTICIPANTE HOLMES**

Estou aqui já. Bom, agradecer ao professor Paulo, à Leandra, à Ana Paula, à Camila, a todos do LAPS, e, em memória ao Fernando, por esse evento. Primeira coisa, eu queria, Niterói, eu queria dar uma resposta à Patrícia. A gente está criando uma instância chamada intercuidados, em oposição a autocuidado. Autocuidado, em psiquiatria, não trata ninguém, não cura ninguém. Deixar uma pessoa em sofrimento mental no seu autocuidado é mais adoece. Então, a gente está criando uma instância chamada intercuidados, exatamente para fazer um contraponto a uma palavra muito propagada pela medicina, pela psiquiatria ortodoxa, que é o autocuidado. Então, é sem custo. Depois, se a Patrícia quiser, procura que a gente está começando ainda de uma forma embrionária, mas para dar conta.

A outra coisa é o que o Michael falou sobre realmente essa curva hiperbólica. Quando o Peter Gotzcher teve no Brasil, até em inglês ele tinha as stripes, com as medicações fragmentadas para usar ao longo do dia. Em português é até mais favorável, porque em português, stripes, a gente traduz como tiras, e tirar é o verbo brasileiro que a gente usa para tirar a medicação. Então, ficou. O Peter até gostou, na época, de como é que a gente dá tradução. E o Fernando me pegou pelo braço, foi um pouco antes da pandemia, para ver a possibilidade de produção dessas stripes, dessas tiras, aqui, porque realmente esse finalzinho é muito difícil. Em momentos mais opressivos e violentos, a coisa fica mais difícil, porque não encontra no meio como segurar, porque algumas pessoas conseguem ter uma resiliência maior para retirada ou não. De qualquer jeito, para cumprir essa curva hiperbólica, a gente precisava. Então, queria colocar isso, que a pandemia passou, existe essa dificuldade, é uma dificuldade recorrente, e se esse projeto puder voltar da produção desse fracionamento, acredito que seria de valia e a gente estaria em um diálogo mais próximo.

**PAULO AMARANTE**

Obrigado, Holmes. Obrigado por ter lembrado do Peter Gotscher, porque tem o Peter Gotscher, que é lá da Dinamarca e que também teve aqui no nosso seminário, que tem o livro aí sobre as drogas, foi do Instituto Cochrane, e o Peter Gotscher, que fez as tiras de retirada, que teve aqui também. Temos até lá no LAPS umas tiras para exemplificação, que é uma gestão da própria produção do medicamento com doses diminuídas a cada dia, de tal maneira que a pessoa possa ir sem risco nenhum, diminuindo controladamente. Temos mais uma pergunta.

**PARTICIPANTE MAITÊ**

Meu nome é Maitê, eu tenho 28 anos, eu sou médica do consultório na rua, aqui do centro do Rio de Janeiro, e eu trabalho com a população em situação de rua dessa região. E eu tenho uma pergunta direta para vocês: como me tornar uma desprescritora? Como, academicamente, estudar essa prática de prescritiva sem ter que passar pela escola de psiquiatria biológica, sem ter que me tornar psiquiatra? Poder ter uma licença para praticar a clínica além do que eu já faço? Que é estudar os manuais, o Ashton. Manuel, Joanna Moncrief, o James Davis, o Peter Guedes, o Robert, maravilhoso. É isso. Obrigada.

**PAULO AMARANTE**

Obrigado, Maitê. Então tá bom, mais uma pergunta e. depois a gente...

### **PARTICIPANTE ISABEL**

Meu nome é Isabel, eu sou médica no SUS também, no Sistema Público. Eu gostaria de fazer uma pergunta para todos. Como vocês veem os diferentes desafios entre o Norte Global e Sul Global nessa desmedicalização? Que eu acho que é um ponto bem importante. Obrigada.

### **PAULO AMARANTE**

Obrigado, Isabel. Uma coisa interessante, que das cinco perguntas a vocês, nós tivemos quatro médicos. É uma presença marcante. O Bob sempre reparou isso aqui, que a gente consegue fazer um debate com a presença comprometida, de médicos comprometidos com essa mudança. Tem mais alguma que você falou? Tem mais uma, pode... Ah, tá. Então tá, que eu não estou vendo aqui. Obrigado. Mais uma, desculpa, gente. Não, mas é porque está a transmissão, a transmissão exige. Porque as pessoas estão... Ainda tem perguntas do YouTube que eu não estou conseguindo...

### **PARTICIPANTE JULIANA**

Sou Juliana, assistente social do Consultório Na Rua. Eu estou com a minha coordenadora também, Rosemary Manhães. Normalmente eu prefiro não usar o microfone. Justamente por conta das crises de ansiedade que acabam atacando sempre que a gente vai falar um pouquinho. E eu gostaria de trazer uma contribuição. Como assistente social do Consultório Na Rua que acabamos acompanhando muitos usuários que fazem uso de medicações e, infelizmente, como a nossa colega disse, o SUS tem



uma falha, que é na continuidade dos serviços. Quando eu fui diagnosticada, eu optei por não fazer início ao uso de medicação, justamente sabendo dessa dificuldade de continuidade. Então, eu prefiro lidar com essas crises, procurar acalmá-las dentro das minhas possibilidades, justamente para não ficar dependente das medicações, que foi o que aconteceu quando nós demos início a um tratamento. Então hoje, com os nossos usuários em situação de rua, há uma dificuldade muito grande em dar essa continuidade, em oferecer para eles um cuidado que talvez o SUS ainda não tenha tido. Esse olhar diferenciado para a nossa população. É muito importante estar participando desse seminário. A gente gostaria muito que toda a equipe estivesse presente, mas estaremos levando essas informações também, e só foi uma contribuição mesmo para trazer essas informações. Muito obrigada. Consultório na Rua, de Nova Iguaçu.

### **PAULO AMARANTE**

Nova Iguaçu, Consultório na Rua. Muito bom ver muita gente também ligada ao serviço aqui. Eu vou passar então para o Bob para fazer uma fala.

### **ROBERT WHITAKER**

Primeiro de tudo, as perguntas são ótimas. Primeiro de tudo, o ato de levantar. essas perguntas é o que é tão importante. Precisamos ter essas perguntas saindo em torno da sociedade porque eles precisam de respostas também. Mas eles começam com perguntas, então as perguntas são ótimas. Umás coisas rapidamente aqui. Você levantou a questão da ciência. E a ciência pode ser um veículo para a luz, para iluminar um problema. O problema com a psiquiatria - e isso também vai para a pergunta sobre nortesul, é que muito disso veio dos Estados Unidos. E nos Estados Unidos, nós temos um

sistema de saúde de fornecimento, e nós temos empresas farmacêuticas que tem lobby, que gastam um monte de dinheiro com lobby, publicando, e eles dão dinheiro aos médicos. Ok? Esse é o primeiro problema que nós temos.

O segundo problema que existe nos Estados Unidos é... então, as pesquisas feitas pelos médicos são ofertadas por empresas farmacêuticas. Mas igualmente, o problema nos Estados Unidos é a Associação Americana de Psiquiatria (APA) atua como uma guilda. Sabem o que eu quero dizer com guilda? Como uma organização de trabalho? Agora, qual é o produto deles? O que os psiquiatras fazem? Qual é o produto deles nos Estados Unidos? É drogas. Eles não fazem muita terapia. Eles deixam a terapia para psicólogos, consultores, etc. Então, se eles começarem a dizer que antidepressivos não são muito efetivos, com resultados ruins a longo prazo, e que são difíceis de sair, é como o General Motors dizer que os carros que construímos são terríveis. Eles não podem fazer isso.

Mas o problema é quem está gerando a ciência. Então é gerado por pessoas com coragem e ambição. Agora, em um ponto, eu acho que você mencionou a Revista da Associação Americana de Psiquiatria como uma revista com prestígio. É uma revista influente, não é prestigiosa, na minha opinião, porque eles não são abertos. Eles não vão publicar coisas que vão contra a história que eles querem contar. Então o problema é, sim, a ciência pode ser uma força de iluminação, mas a ciência tem que ter a mente aberta. A ciência tem que ser cética em relação ao que ela acredita ser verdadeiro. E a ciência, quando não é ciência, mas realmente é uma história de marketing, construção de mercados para drogas, você não tem ciência. Esse é o problema que temos aqui, em um nível global, é que, começando em 1980, com a publicação do DSM-III, fomos contados uma história de marketing, fomos contados uma história sobre drogas que poderiam consertar desequilíbrios químicos conhecidos, e isso não é o que a ciência estava dizendo. E se você olhar, por exemplo, a busca por desequilíbrios químicos, em 1983, o Instituto Nacional de Saúde Mental fez um dos primeiros estudos para ver se pessoas com depressão têm um desequilíbrio químico, se elas têm pouca serotonina. Sabe o que a NIMH encontrou? Não encontramos evidência disso. Essa hipótese estava desaparecendo antes que o Prozac viesse ao mercado. Em 1998, no seu próprio texto da Associação

Americana de Psiquiatria, ele disse que realmente não haviam encontrado evidências para a teoria de serotonina baixa. Mas isso foi comunicado ao público? Foi comunicado ao público no Brasil, nos Estados Unidos? Não, não foi. E a razão é que essa pequena história foi a base para um *boom* no mercado de antidepressivos, além de elevar o prestígio dos psiquiatras. Eles agora teriam drogas que consertariam um problema conhecido.

Então, a ciência pode ser esclarecedora? Precisamos de ciência? Sim. Mas se você tem ciência corrompida, isso faz mal. Porque o que acontece é que você tem uma história que, na verdade, é contraditada pela ciência e nós não ouvimos a ciência real. Então esse é o problema que nós temos. Eu vou ir para a coisa norte-sul rapidamente. Isso é uma forma de colonização, é o que aconteceu. É a única maneira de colocar isso. Aliás, se você tivesse ido às reuniões da Associação Americana de Psiquiatria nos anos 1990, nós não tínhamos as mulheres de biquíni, mas tínhamos muitas mulheres bonitas ali, que estariam andando por aí, vendendo os produtos e tal. Mas metade das pessoas seriam psiquiatras de outros países. E eles estariam aqui recebendo financiamentos de empresas farmacêuticas. E eles chegariam aqui e seriam tratados com alimentos, eventos, meninas bonitas vendendo drogas, toda essa coisa. E depois, quando eles voltaram para outros países, a próxima coisa que você sabe é que eles estão recebendo pagamentos de empresas farmacêuticas para construir mercados nesses países. Então, isso é colonização direta. E, a propósito, isso funcionou brilhantemente. Porque de repente os antidepressivos se tornaram populares em todo o mundo.

Nos EUA, em 1987 nós gastamos 800 milhões de dólares em drogas psiquiátricas. Agora temos o Prozac. Em 2007 nós gastávamos 40 bilhões de dólares em drogas psiquiátricas. E toda a evidência mostrou o declínio dos resultados da saúde pública enquanto nós abraçamos esse modelo de cuidado. E ainda assim, ele foi globalizado, psiquiatras de todo o mundo para os Estados Unidos, para ir para essas conferências e conectando com essas pessoas, e aí eles, quando voltavam para os países deles, eles se tornavam os mantenedores dessas ideias. Isso que a gente está fazendo aqui é brilhante. As sociedades ao redor do mundo organizam o pensamento e o cuidado deles em torno de uma falsa narrativa de ciência. Ela veio para nós como uma narrativa de ciência,

consertando desequilíbrios químicos, mas isso não é o que a ciência mostrou. Esse é o problema que temos.

Precisamos de uma narrativa real de ciência que seja aberta e que localize questões como, quais são os efeitos a longo prazo? Quais são os problemas de retirada? Nós deveríamos estar estudando o que acontece com o cérebro quando você sai dessas drogas. Eu acho que, Michael, você vai concordar, nós realmente não sabemos sobre essa redefinição do cérebro. Sobre isso, de volta à normalização do cérebro. E isso se tornou um problema global. Em termos de risco de desordens mentais, isso é o primeiro. E eu só vim de volta de Polônia e Eslovênia. Eles estão medicando seus filhos da direita à esquerda. E eles estão agora usando um novo diagnóstico para uma desordem de espectro de autismo. E isso vem com um diagnóstico em muitos lugares, tanto para estimulantes quanto para antipsicóticos.

Então, o que eu estou tentando dizer aqui, reunindo todas essas perguntas. Nos foi vendida uma história de ciência que não era uma história de ciência, era uma história de marketing, e criou mercados no mundo, e transformou pessoas com problemas. E isso é parte do ser humano, ter problemas, isso acontece, transformou essas pessoas em pacientes e consumidores, e é isso que o capitalismo faz, cria consumidores. Então porque estou tão feliz de estar no Brasil? Porque vocês não estão tão entregues sob a influência do capitalismo, como estamos nos Estados Unidos. Seu sistema de saúde não se baseia em uma forma capitalista de cuidar. E você tem uma filosofia de vida, eu acho, que ainda existente na América Latina, que é contra essa medicalização, que vê o sofrimento como algo natural que nos acontece. Então, enquanto tentamos escapar dessa história, desse marketing falso, precisamos de uma colonização reversa.

Sabem o que eu quero dizer com isso? Uma colonização reversa? Precisamos da história que surge daqui para outros lugares. E se vocês fizerem isso em CAPS e desenvolverem serviços para apoiar as pessoas na retirada de drogas, nós podemos aprender de vocês. E, finalmente, essa é a beleza da rede do *Mad in World*. Nós podemos aprender através de outros países. E cada semana, na nossa primeira página, nós temos histórias da rede, ao redor do mundo. E, finalmente, de novo, é por isso que o que Paulo e

LAPS e todos vocês fizeram é tão incrível, em uma instituição prestigiada como a Fiocruz. Então parabéns para todos vocês, e obrigado.

## **PAULO AMARANTE**

Parada de apoio. Antes de passar para o Michael, a questão do biquíni. O Prozac foi lançado no final dos anos 1980 em um seminário psiquiátrico. Eu estava lá e foi quando eu saí da Associação. Eles foram para a Casa Olímpica, um show que chamava na época Mulatas do Sargentelli. Então, as mulheres mulatas, com um biquíni, no bumbum, tinham Prozac em gás de ouro, piscando, como ‘Prozac, Prozac, Prozac’. E eles distribuía assim, como fizeram o homem, sabe aí, Maurício? Um monte de psiquiatras aqui, distribuía caixinhas de medicamento com o nome, a caixa, o formato, só que dentro vinham balinhas de amendoim cobertas com chocolate. E também é uma coisa impressionante como produzem no imaginário do médico que ele está prescrevendo balinha, e não as pílulas mágicas, que é o que tem.

Assim, só que é para lembrar, as experiências, me pediram para assistir, de economia solidária, tem aí o Praia Vermelha, Bacanas Corações, o... Metamorfose e o pequeno Hans. Se quiserem conhecer, comprar coisas lá, alimentação e tal. A Mariama Furtado, que chegou também, eu queria também estar lançando o livro dela, “O Lugar do Sofrimento na Cultura Contemporânea”. Então, está aí presente. E, mais ou menos, as perguntas, os comentários do YouTube falavam dessas várias questões aí, por isso, assim, não dá para ler todas. Mas uma, eu acho que não foi contemplada, eu queria, pelo menos, a gente dar antes do Michael falar, mesmo que não seja abordada aqui, que é a questão dos psicodélicos.

A pessoa pergunta se os psicodélicos não estão numa onda também de serem a droga do momento, que não vai tomar o lugar das drogas psiquiátricas das zonas e vão acabar tendo o mesmo controle da indústria, etc, etc. Eu queria deixar essa pergunta que foi colocada pelo YouTube também. Então, para não deixar passar. Michael, por favor.

**MICHAEL HENGARTNER**

Ok. O que mais eu deveria adicionar? Eu me sinto um pouco desequilibrado, com *jetleg* e desequilibrado em meu estômago, então talvez não valha a pena adicionar meus dois centavos. Eu esqueci até quais eram as questões, as perguntas. Mas esse dos psicodélicos, a palavra psicodélicos me lembrou alguma coisa. Não, sim. O Bob já falou tudo, mas precisamos discutir isso depois do almoço, ok? Ok. Muito obrigado, parabéns. Obrigada.

**PAULO AMARANTE**

Pessoal, vamos almoçar. E em um pouco de tempo estaremos ...lá, às duas horas. Ok, não se distanciem muito.

## MESA REDONDA

*“Diagnósticos e Drogas Psiquiátricas, dependência versus autonomia”*

---

### **ANDRÉS TECHERA**

[áudio cortado pela transmissão online] ...Dependência versus Autonomia. Vamos convidar primeiro o Tiago Pires. Agora convidamos a Mariana Witte Lins. E também a Camila Teodoro. Está por aí. Bem-vindos. Bem-vindos. Ah, Mariana.

Bem, então vamos dar começo a esta segunda parte do Seminário. A primeira parte foi muito rica, as intervenções tanto de Robert como de Michael foram iluminadoras. E agora seguimos com esta mesa, vamos apresentar então a Tiago Pires, que é Doutor pelo Instituto Universitário Europeu de Florença, pesquisador do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra. Desde 2014, desenvolve a sua investigação socio-histórica sobre a saúde mental entendendo o campo de observação à contemporaneidade. Atualmente, investiga a história dos modelos de saúde mental na sua relação com a medicalização da vida e com a história dos direitos humanos, editor do site Mad in Portugal. Tiago, bem-vindo.

### **TIAGO PIRES**

Obrigado, Andrés, pela apresentação. Começo por saudar o público. Boa tarde a todas e todos. É um prazer e uma honra estar aqui presente com a Camila e a Mariana. É um prazer partilhar esta mesa com vocês. Agradeço imensamente ao Paulo Amarante o convite. Temos já uma longa colaboração. Agradeço também à Ana Paula Guljor, ao LAPS, a todas as instituições envolvidas. E, de fato, reitero as palavras que já foram aqui ditas várias vezes pelo Bob, por outras pessoas, da importância e do carácter único desta

iniciativa. Eu gostaria de partilhar com vocês... O meu português é compreensível? Sim? Português assim meio fechadinho, como é o de Portugal. Espero que não precisem de tradutor ali.

Então, gostaria de partilhar reflexões a partir da área disciplinar que é a minha, que é das Ciências Sociais, entre História e Antropologia, e concretamente de um projeto coletivo que tenho vindo a coordenar nos últimos anos. Projeto que tem uma equipe grande, eu não vou poder a referir os nomes de todas as pessoas envolvidas, mas somos 10 pessoas trabalhando num projeto que envolve trabalho de campo com associações de usuários em Portugal e no Brasil. Que envolve também ter uma dimensão histórica sobre a história da reforma psiquiátrica no Brasil, a história da saúde, do conceito, de saúde mental num plano mais transnacional e depois também aquilo que acontece em Portugal. Portanto, tem essa assim uma vertente, eu não utilizo, não é comparativa mas sim uma história em contraponto de Portugal e do Brasil.

Temos contado aqui com a consultoria preciosa do Paulo Amarante, que está desde o início conosco como consultor deste projeto. Portanto, é neste enquadramento que eu passo então a partilhar algumas reflexões sobre este tema da medicação, autonomia e dependência.

Bom, o projeto tem na sua base a ideia de construir, de construir conhecimento sobre a área da saúde mental num quadro epistémico alargado. Isto é, trazendo pessoas de várias disciplinas. Temos pessoas da psicologia, da sociologia, da história, mas também valorizando os saberes experienciais das pessoas que vivem com diagnósticos, com contacto com a psiquiatria, com medicação psiquiátrica. Portanto, é um projeto que se orienta bastante por aquilo que tem sido um desenvolvimento, na minha opinião, muito interessante na área das ciências humanas sobre estes temas, que é o espírito da pesquisa colaborativa. Eu não sei se é algo que vocês aqui também, creio que sim, têm vindo a desenvolver. Pesquisa colaborativa, intervenção à ação.

Bom, o que é pesquisa colaborativa? Assim, em duas partes, muito sinteticamente. Obviamente trata-se de envolver pessoas com experiência, valorizando os seus saberes como conhecimento. É um conhecimento válido e legítimo, mas é mais do que isso. É envolver as pessoas na construção do projeto em todas as suas fases. Portanto,



não se trata só de dar importância às narrativas de vida, etc., mas é de trazer as pessoas logo para o início do projeto e de construir com elas os problemas científicos, as questões que queremos colocar, as metodologias, ir trabalhando a coleta de dados em conjunto e depois também as interpretações e a produção científica.

Fizemos, por exemplo, alguns artigos colaborativos nesta perspectiva. Bom, isto representa um distanciamento crítico significativo relativamente àquilo que é a pesquisa convencional na antropologia médica da saúde mental, que tem sido muito marcada desde os anos 80 pelas narrativas de doença. Esse paradigma das narrativas de doença, que surge no contexto dos anos 80, sobretudo nos Estados Unidos e no Canadá, muito ligado à antropologia, a figuras importantes como o Arthur Kleinman, que surge nessa altura até em crítica, como crítica às narrativas reducionistas que estavam a tornar-se hegemónicas com a circulação do DSM-III. O Bob referiu-se. Por isso é essa questão, não é um modelo da doença como modelo explicativo para o sofrimento psíquico.

E em reação crítica e tentando contrapor-se a essa hegemonia de um discurso reducionista, a antropologia coloca no seu centro as narrativas de doença, de recuperação, e há uma produção interessante ao longo dos anos 80, 90, 2000, dentro desse paradigma. No entanto, ele tem algumas limitações. É que os académicos vão buscar as narrativas ao seu campo, portanto... fazem entrevistas, transcrevem as entrevistas, analisam-nas e analisam-nas de acordo com as questões que colocaram no início da pesquisa e com a sua grelha interpretativa. Por outro lado, muitas vezes os próprios académicos estão inseridos numa cultura que não questiona as categorias que vêm da medicina, da psiquiatria, etc.

Por exemplo, quando vão analisar as narrativas de doença, por exemplo, codificando essas narrativas, hoje até há softwares, modelos de codificação, vocês trabalham provavelmente também com esses modelos, o Invivo, o MaxQDA, etc. Muitas vezes essas narrativas são analisadas com categorias que seccionam as narrativas e vão colocar etiquetas em secções e depois agrupam as várias secções em linhas temáticas. Por exemplo, eu já vou concretizar tudo isto, por exemplo, tem uma narrativa em que a pessoa fala, a certa altura, de um período de crise, depois de uma internação e depois de uma tomada de medicação e dos seus efeitos. Essa parte dos efeitos da medicação, neste modelo de análise de narrativas, muitas vezes aparece como efeitos secundários da

medicação. Tentando desconstruir este modo de construir as narrativas e desanalisar, juntamente com as pessoas, sobretudo com a experiência que colaboram com o projeto, desenvolvemos uma outra metodologia que é a seguinte.

Houve um conjunto de entrevistas iniciais no sentido de perceber quais eram os problemas que faziam sentido para essas pessoas. Essas entrevistas foram transcritas e as transcrições foram distribuídas pelas pessoas, foram devolvidas. Depois fomos reunindo e reunimos várias vezes e voltamos a transcrever as nossas discussões para as pessoas terem tempo de pensar, de refletir, de distanciarem criticamente das suas próprias narrativas, muitas vezes são dadas no calor do momento e em função daquilo que elas imaginam que o pesquisador quer ouvir. E, portanto, a problemática e a leitura das suas vidas foi feita desta forma refletida e coletiva. E isto deu resultados que me parecem interessantes, que eu vou partilhar a partir da leitura de dois exemplos que já resultam desta metodologia e que nos permitem entrar já na nossa problemática da medicação.

Os exemplos são os seguintes. Num caso aqui. falando das injeções, isto é, uma pessoa medicalizada com... aqui estava até a observar as injeções, injeções que deixam, na perspectiva desta pessoa, os usuários, completamente apáticos, já estou a citar. Me parece, portanto, essas injeções deixam as pessoas completamente apáticas. Me parece que dilui a personalidade da pessoa. A pessoa fica com alguns traços de personalidade que não são perceptíveis. Parece que essa pessoa está sempre sedada. O que mais? Uma certa apatia, não sei. É meio como se o ego.. é como se a realidade estivesse dentro de uma TV ou num aquário, a uma distância. Há aqui um sentimento de desrealização. A realidade como que perde a sua vida. E a pessoa perde o contato, uma despersonalização e realização da vida, do mundo, da relação com as outras pessoas.

Em um outro caso aqui, eu poderia multiplicar estas citações, vou limitar-me a duas. Estávamos a falar, estava uma enfermeira, um psiquiatra e cinco pessoas. E alguns falamos sobre a doença e tal, e eu disse que há uma parte do meu sentimento que não é diretamente da doença, que é muito próprio da medicação, que é da medicação. E o psiquiatra depois perguntava... 'Então, mas... então, mas porquê que acha que... para si, o que é que acha que vem da medicação?'. E o que eu lhe disse foi... 'Falta de amor. Falta de amor'. Quer em termos de capacidade para dar amor, quer incapacidade para receber

amor. E eu, por acaso, comecei a pensar nisso. Eu acho que daqui por uns tempos, a falta de amor nunca é considerado um sintoma. E porquê? Porque as pessoas pensam que a capacidade de amar está na personalidade, não está na medicação.

Mas eu pensando um bocado para mim, para aí há uns 4 ou 5 anos não ama ninguém. Esta era uma pessoa que tinha, contando-me a sua vida, tinha tido relações, sobretudo uma relação importante e, portanto, essa questão da capacidade de amar não se coloca. Portanto a pessoa atribui essa incapacidade para amar à medicação. Isso é algo que no modelo tradicional da codificação das histórias de vida provavelmente sairia como efeitos secundários da medicação, estão a ver?

Bom, analisando depois o que é que sai daqui, sintetizando um pouco, a despersonalização e realidade do mundo, o alisamento afetivo, depois noutras *search* e noutras entrevistas a ideia de um presente comprimido, de um tempo que não tem futuro, nem tem passado, portanto, falta de um didacto temporal, de um sentido de futuro. Um questionamento permanente sobre o que é que eu sou e o que é que em mim é a medicação. Aquilo que eu sou, sou eu ou é a medicação em mim? Há muito este questionamento nestas entrevistas e, portanto, em face disto, pareceu-me que, no espírito de tal pesquisa colaborativa, seria interessante fazer aqui uma revisão metodológica e, portanto, colocar o centro de gravidade na abordagem destas narrativas na questão da experiência e da estrutura da experiência.

Bom, e aqui fazendo assim uma análise de conjunto e discutindo essa análise com as pessoas envolvidas surge muito isto. De fato, o diagnóstico e a medicação não são temas na vida de uma pessoa, elas são questões estruturantes do modo como as pessoas apresentam as suas narrativas. Então, muitas destas narrativas de vida vêm estruturadas da seguinte forma. Há um período antes do diagnóstico, depois o período do desenvolvimento do transtorno, que vai levar a uma crise, um surto, uma crise, uma depressão, o diagnóstico, a internação no hospital geral ou psiquiátrico, em Portugal ainda há hospitais psiquiátricos, depois a frequência, por vezes, em centros chamados de hospitais de dia lá, e depois, invariavelmente, o trauma da internação. E o viver, e aqui esta última parte ocupa depois, em geral, muita extensão nas histórias, o que é viver com as drogas psiquiátricas.

Estes dois últimos pontos, o trauma da internação e viver com as drogas psiquiátricas de fato são temas muito estruturantes da forma como as pessoas representam as suas vidas e como as transmitem. Bom, a maneira como falam do viver com as drogas psiquiátricas fez-me pensar num autor clássico crítica à psiquiatria, ligado também à anti-psiquiatria, que é o Ronald Laing. Sei que há aqui pessoas da psiquiatria, da fenomenologia e da psiquiatria existencial a quem este nome é caro, portanto um autor inspirado pelo existencialismo do Sartre. O Laing escreveu um livro em 1960, o “Eu Dividido”, “*Divided Self*”, onde introduzia um conceito inspirado na filosofia sartreana de insegurança ontológica. Eu passo então, resumidamente também, a citar o Laing sobre este conceito.

Para já, o que é a segurança ontológica? Cito agora, um indivíduo ontologicamente seguro a experienciar a si mesmo como real, vivo, inteiro pois Laing detalha as qualidades que definem esse sentimento de segurança. Sentir-se distinto do mundo, portanto com limites entre o eu e o mundo, digamos assim, é distinto, é único, é distinto do mundo. Possui um sentimento contínuo de continuidade de si mesmo. Um eu contínuo, com uma continuidade temporal. uma forte conexão com o próprio corpo.

Muitas destas pessoas tinham perdido esse sentimento de conexão com o corpo. Um sentimento de consistência interna. A ideia de que são pessoas, de tal ideia de consistência, e que é uma consistência com um valor, com um valor inerente, que não depende de uma constante validação externa. Em contraposição a isto, o que é então a insegurança ontológica?

Então ele diz assim, ‘o indivíduo, nas circunstâncias comuns da vida, pode se sentir mais irreal do que real, num sentido literal, mais morto do que vivo, precariamente diferenciado do resto do mundo, de modo que a sua identidade e autonomia estão sempre em questão. Pode faltar-lhe a experiência da sua própria continuidade temporal. Pode não possuir um sentido predominante de consistência ou coesão pessoal. Pode se sentir mais insubstancial do que substancial e incapaz de assumir aquilo de que é feito e genuíno, bom, valioso, pode sentir o seu self como parcialmente divorciado do seu corpo’.

Portanto, isto é um modo como diferenciar a insegurança ontológica que nesta obra seminal da Fenomenologia Existencial, o Laing conectou com as fases preliminares

da esquizofrenia, mas que na releitura contemporânea do Laing, que é um autor com que tem vindo a ganhar novo interesse nos últimos anos, tem sido aplicado a outros campos que não necessariamente ou não prioritariamente até relacionados com a esquizofrenia.

Portanto, o conceito de insegurança ontológica como conceito valioso para abordar a experiência das pessoas em situações de sofrimento. Bom, o que resulta então desta aplicação do conceito laingiano às narrativas destas pessoas colaboradoras do projeto é que a insegurança ontológica se liga mais ao período pós-medicação, ela é provocada pela medicação, por vezes é atribuída também ao período pré- crise. Há uma perda de identidade, há questões de relacionamento com o meu corpo, de imagem perante os outros, tudo isso, mas na verdade a descrição conforme ao conceito de insegurança ontológica aplica-se maioritariamente na parte que se refere ao viver com as drogas psiquiátricas. Então nós, em conjunto, pensamos numa reconceitualização deste conceito do Laing no sentido de dizer, ‘olha, isto não está na natureza do indivíduo, está aqui um lado que é uma construção também da medicação’. Daí chamarmos ou requalificarmos o conceito como insegurança ontológica e iatrogénica, porque provocada pela medicação.

Então é isso, é uma insegurança ontológica paradoxalmente provocada pela medicina que é suposta vir para cuidar ou para tratar. Portanto, eu vou já terminar. Nesta perspectiva, então, as drogas psiquiátricas não produzem apenas efeitos secundários. Elas produzem, de facto, uma outra estrutura da existência, da experiência, e é uma estrutura que pode, parece-me, ser definida nestes termos do Laing da insegurança ontológica. É isso. Pronto, são ideias ainda que estão a ser trabalhadas. Trago esta proposta também para saber do vosso feedback e ver se para vocês isto faz sentido. É isso, gente. Obrigado pela...

## **ANDRÉS TECHERA**

Muito obrigado, Tiago. Agora vamos dar a palavra à Mariana Witte Lins. Ela é sobrevivente da psiquiatria, estudante de psicologia pela Unisul, moderadora da página

Sobreviventes da Psiquiatria e facilitadora de um grupo de apoio de pares para mulheres em processo de retirada de drogas psiquiátricas durante um ano. Realizou visitas técnicas em diferentes serviços e iniciativas de saúde mental da Inglaterra e da Finlândia, através do Centro de Novas Abordagens Terapêuticas. Bem-vinda!

## **MARIANA WITTE LINS**

Bom, boa tarde, pessoal. Primeiro, eu queria agradecer por estar aqui, pelo convite. Fico muito honrada de estar aqui, muito feliz também de saber que eu estou num espaço com tantas pessoas que têm pensado nessa temática do efeito das drogas psiquiátricas e dos diagnósticos psiquiátricos na vida das pessoas. Feliz também de estar dividindo a mesa com o Tiago, com a Camila. Achei muito bom falar com o Tiago e acho que vai... Está dando para me ouvir? Não estava dando para me ouvir antes? Ouviram, pegaram? Tá, beleza.

Achei muito boa a fala do Tiago. Acho que vou dialogar bastante com o que ele falou. Queria começar me apresentando um pouco, falando principalmente sobre a vida da psiquiatria. Agora estou formada em psicologia, na verdade, estou vindo da minha última semana de graduação. E vou falar a partir disso, a partir do que eu aprendi enquanto sobrevivente da psiquiatria. E eu acho legal começar conceituando o que eu quero dizer quando eu digo que eu sou sobrevivente da psiquiatria. E acho que isso vai ficar mais claro ao longo da minha fala, mas eu estou dizendo que eu sou sobrevivente da psiquiatria porque eu fui uma pessoa que sobreviveu à experiência de ser paciente psiquiátrica. E tudo que isso acarreta na vida das pessoas, todas as consequências de ser visto e de ser entendido e de ser tratado como paciente psiquiátrico.

Bom, eu queria começar conceituando também o que eu estou querendo dizer quando eu falo de autonomia. Para fins dessa mesa, eu estou pensando autonomia como possibilidade de se escolher se se decide usar drogas psiquiátricas ou outras intervenções psiquiátricas, se se decide usar determinados rótulos para falar, que rótulos que se escolhe

para se falar da própria experiência. E também a autonomia como a possibilidade ampla de estar vivendo a sua vida, se relacionando, trabalhando, vivendo bem, sem precisar depender de um sistema de saúde. E o movimento sobreviventes da psiquiatria fala muito desse tema autonomia. Gostei muito da proposta da Melissa, porque é um tema muito central.

Então o que é o Movimento de Sobrevivência da Psiquiatria? O Movimento de Sobrevivência da Psiquiatria foi um movimento de direitos civis que surgiu ali na década de 1970, principalmente nos Estados Unidos, Canadá e Europa. E ele surge inspirado em outros movimentos de direitos civis na época e bem ligado a outros movimentos de direitos civis na época, como o movimento feminista e o movimento negro. A Judy Chamberlain, que é a autora do texto principal, o texto-chave do desenvolvimento intelectual desse movimento Sobreviventes da Psiquiatria, é um livro chamado “*On Our Own, Patient Controlled Alternatives*”. Ele não tem tradução para português, infelizmente, porque é um livro ótimo, mas em português, em uma tradução livre, ele ficaria “Por nós mesmos, alternativas controladas por pacientes”.

E nesse livro ela fala que a única diferença entre pessoas diagnosticadas que recebem um diagnóstico psiquiátrico e pessoas que não recebem um diagnóstico psiquiátrico é que as pessoas com diagnóstico psiquiátrico tiveram as experiências delas redefinidas enquanto sintomas da psiquiatria. E essa redefinição causa muitas consequências na vida das pessoas. Essa redefinição, o Movimento Sobreviventes da Psiquiatria descobre que é essa redefinição que causa que as pessoas não tenham autonomia e acabem dependentes do sistema de saúde mental. E não o fato delas terem alguma coisa diferente organicamente no corpo delas como comumente se pensa.

E por que ela faz essa afirmação? No que ela se baseia? Primeiro, em muitos autores que estavam ali nessa época ali, anos 60, 70, a gente tem um movimento anti-psiquiatria crescente. E muitos autores apontavam e denunciavam, primeiro, que não existe nenhuma evidência científica de que as pessoas com transtornos mentais tenham qualquer disfunção orgânica que cause os problemas delas, que cause as dificuldades, as questões que elas trazem. E também... e também em autores que apontavam que a psiquiatria surge como uma forma de rotular que certos comportamentos são indesejados

na nossa sociedade e com um papel de controle social das pessoas que apresentam esses comportamentos, mas principalmente se baseia na própria experiência vivida dos sobreviventes da psiquiatria, que descobriram essas coisas a partir do encontro e da troca sua dos sobreviventes.

Então, o que acontece no começo desse movimento? Pessoas com... Ah tá. Então, pacientes psiquiátricos começam a se encontrar, conversar entre si, trocar sobre as suas experiências, também estudar sobre esses temas de antipsiquiatria. E eles começam a perceber, trocando entre si, que as experiências deles, que eles até então achavam que eram causadas por uma disfunção orgânica, alguma coisa assim, na verdade eram causadas pelas próprias experiências vividas deles. Que elas eram, inclusive, totalmente explicadas quando as pessoas olhavam para as coisas que elas estavam vivendo até então.

E que experiências eram essas, então, que as pessoas estavam vivendo? Que experiências e que contextos eram esses que estavam originando essas experiências? As experiências eram experiências de todo tipo, que eram rotuladas pela psiquiatria, desde a tristeza intensa, a audição de vozes e querer morrer. Todas as experiências as pessoas acabavam encontrando o contexto da vida delas que explicava aquilo. porque eram contextos muito difíceis. Contextos de violência. Muitas mulheres que sofriam violência de gênero, mulheres que estavam em casamentos infelizes, pessoas que estavam em famílias violentas, pessoas que percebiam que estavam em empregos que estavam explorando elas. Então, muito ligados a opressões sociais. e, conversando e descobrindo sobre isso, elas conseguiam entender aquilo.

Só que, até o momento em que elas estavam entendendo que aquele problema delas era causado por uma doença mental, elas não estavam conseguindo olhar para esse contexto. E, aqui no Brasil, isso... E aí o que acontecia quando elas não conseguiam olhar para esse contexto? Elas não conseguiam fazer as transformações necessárias na vida delas para sair desses contextos. Como elas não conseguiam entender a raiz daquilo, elas não conseguiam fazer as transformações necessárias e elas acabavam dependentes do sistema de saúde mental.

Em vários lugares do mundo, sobreviventes da psiquiatria contam que eles tiveram experiências parecidas quando eles começaram a estudar sobre essas questões



de... da falta de evidências científicas de doença mental e começaram a re-olhar para o Brasil, finalmente entender o que estava causando o sofrimento deles, não ficar, como eles estavam ali, anos medicados sem entender isso. E aqui no Brasil a gente teve uma experiência parecida. Quando a gente começou a página sobreviventes da psiquiatria e quando a gente começou o grupo de pares, esse grupo que existiu por um ano, de mulheres que estavam em processo de retirada de drogas psiquiátricas, começaram a surgir vários relatos de pessoas que passaram por essas experiências, de pessoas que perceberam que, na verdade, os problemas que estavam sendo rotulados pela psiquiatria desse jeito eram causados por violência de gênero, eram causados por muitas pessoas LGBT que estavam em famílias conservadoras, que sofriam por conta disso e foram diagnosticadas.. Muitas pessoas que estavam em empregos precarizados e foram diagnosticadas. Pessoas que vieram de famílias muito violentas, muito violentas fisicamente, às vezes muito violentas psicologicamente, e no sentido de famílias que diminuía a autoestima das pessoas. E coisas são todas muito difíceis de enxergar, porque a nossa sociedade naturaliza essas coisas.

A nossa sociedade naturaliza que não se questione o comportamento da família. A sociedade naturaliza que as mulheres estejam em casamentos infelizes. Naturaliza que o trabalho, os empregos das pessoas sejam de determinada forma. E, então, elas não conseguiam ver isso.

E por que eu estou dizendo tudo isso? Porque essas questões faziam com que as pessoas ficassem dependentes do sistema de saúde mental. Calma aí, gente. Eu preciso ver as minhas anotações. Bom, E essa consciência do papel social de repressão da psiquiatria que as pessoas começaram a ter... Bom, o que acontece quando a gente diz para uma pessoa que sofreu um contexto violento, que é diagnosticada pela psiquiatria, o que acontece quando a gente diz para uma pessoa que vem de um contexto violento que, na verdade, as reações dela são causadas por um transtorno mental e não por conta daquele contexto? A gente está dizendo que a gente está colocando todo o foco nas reações delas e não naqueles do contexto. E o que os psiquiatras fazem? Alguns deles negam totalmente o papel do contexto. E outros deles colocam o contexto como um mero gatilho.

Então, até se reconhece que existe o papel de um contexto nos sentimentos das pessoas e nos comportamentos que elas têm, mas aquilo não é o foco principal. E é como se dissesse para a pessoa que, se ela não tivesse um componente genético, um problema interno dela, ela não estaria reagindo daquele jeito àquela situação. Então, estou dizendo para a pessoa que a violência que você sofreu não é o suficiente para que você reaja desse jeito. Não é o suficiente para que você sinta o que você sente. E não é o que as pessoas perceberam quando começaram a conversar. Muito pelo contrário. Desculpa, gente. Estou um pouquinho nervosa.

Então, está se dizendo para as pessoas que aquilo lá não é o suficiente. E o que acontece? Isso também interfere na conduta, no que vai ser feito com aquela pessoa, no tipo de tratamento que vai ser oferecido para ela. Então, e o tipo de tratamento que é oferecido pra ela é um tratamento de tutela. O que tá sendo colocado que, como ela tá tendo aquelas reações que não são por conta do que ela viveu, então que não fazem nenhum sentido, que são causadas por um transtorno mental, é colocado como se ela fosse uma pessoa que pode, uma pessoa primeiro perigosa, que pode ter a qualquer momento uma reação ali que ninguém tá esperando, afinal não faz sentido, ela tá reagindo daquele jeito por motivo nenhum, e se coloca que ela deve ter o comportamento dela controlado.

De que forma acontece essa tutela? Em primeiro lugar, se... De que forma acontece essa tutela? Em primeiro lugar, se... Eu vou ler, tá? De que forma que essa tutela acontece? Primeiro, acontece pela diminuição das palavras da pessoa diagnosticada. As palavras das pessoas passam a ter menos valor por conta do estado social de clientes mentais que elas têm. Então, a partir do momento que a pessoa tem um diagnóstico, tudo o que ela relata está passivo de ser interpretado como loucura, como alguma coisa sem sentido. Eu vivi um exemplo disso quando eu quase perdi a visão em uma clínica psiquiátrica, porque os enfermeiros não acreditaram no meu relato de dor no meu olho, que depois revolucionou uma úlcera. E claro que essa diminuição da palavra vai minando a confiança que as pessoas têm na sua capacidade de interpretar a sua própria realidade e na sua capacidade de falar sobre o que elas enxergam. E por isso que eu estou com dificuldade de falar aqui com vocês hoje, por exemplo. Por isso que é tão difícil para a

gente falar sobre essas experiências.

E isso também afeta, claro, a capacidade das pessoas de tomar decisões autônomas. Já no caso das pessoas psiquiatrizadas que estão inseridas em contextos em que se pratica violência intrafamiliar contra elas, por exemplo, elas desde antes do diagnóstico ouvem que são opções sensíveis, que aquilo que está acontecendo com elas não é nada demais. E aí, quando ela receber um diagnóstico, ele confirma esse discurso da família. E isso, inclusive, o movimento feminista chama de *gaslight*, que é você praticar violência contra uma pessoa e depois dizer que aquilo é coisa da cabeça dela, que ela entendeu errado, que ela é exagerada, que ela é louca por ter determinada reação. E isso afeta também a capacidade das pessoas de obterem auxílio para sair de situações de violência.

Eu fiz um estágio no CRAS, um tempo, e eu testemunhei nesse estágio uma mulher que chegou desesperada, pedindo ajuda para sair da situação de violência familiar, mas a equipe não acreditou no depoimento dela, porque ela já tinha sido internada em uma clínica psiquiátrica, e poucos dias depois essa mulher se matou.

E outro aspecto dessa necessidade de tutelar os psiquiatrizados é que isso acarreta infantilização. As pessoas psiquiatrizadas não são tratadas como adultos autônomos, capazes de fazer suas próprias escolhas. As pessoas sempre ficam muito impressionadas e nos parabenizam quando a gente faz coisas muito básicas. A Judy Chamberlain dá vários exemplos dessa infantilização no livro dela. De momento que ela ou outras pessoas que ela conhecia estavam em hospitais psiquiátricos. Eram elogiadas por coisas muito básicas, desde conseguir tomar banho sozinho até conseguir ir no banheiro sozinho. E não eram coisas que elas estivessem relatando, que elas estivessem sempre a vista da dificuldade. Eram coisas que se assumiam porque elas receberam esse rótulo social de doentes mentais. Imaginem o tom, para vocês terem uma ideia, sempre num tom muito como quem se fala com uma criança. Imaginem o tom que vocês utilizariam para elogiar o desenho que uma criança fez. Era sempre esse tom.

Eu ouvi muito esse tom, e quando a gente fala que pessoas que frequentam CAPS ou foram internadas em hospitais psiquiátricos é quase unânime, todo mundo já ouviu esse tom. E eu perdi também a conta de quantas vezes eu ouvi um professor meu, na

graduação, por exemplo, contando algum caso de um paciente que eles atenderam no CAPS. Tal como alguém conta uma história de um filho pequeno que fez uma coisa engraçada. E a Judy Chamberlain, ela conta que quando acontecia uma coisa assim com ela, ela sentia uma sensação dupla. Ela era elogiada por coisas básicas e ela se sentia humilhada, envergonhada, mas ao mesmo tempo feliz, porque ela estava em um hospital psiquiátrico. E em hospital psiquiátrico a gente não costuma ter interações humanas afetuosas. E, ao mesmo tempo, a família e os amigos também começam a tratar as pessoas desse jeito. Então, às vezes, ela fica anos com várias pessoas dizendo isso.

E qual que é o problema disso? Como também é uma coisa positiva, às vezes a pessoa não tem nenhuma interação positiva e isso é internalizado como cuidado. Mas como tu vai internalizando isso? Tem muito a ver com o que o Tiago falou. As coisas que acontecem, a gente faz e a gente internaliza coisas. A gente vai internalizando tudo isso, que a gente não é capaz de confiar no que a gente está enxergando, que a gente não é capaz de decidir por nós mesmos, o que a gente é capaz de fazer ou não, e a gente vai circulando menos. A gente vai deixando de fazer coisas que a gente gostava de fazer também. E junto com essa tutela sobre o que fazer, vem uma tutela sobre o que sentir e como sentir. Vendem para a gente o medo dos próprios sentimentos, que são lidos como sintomas. E a gente passa a entender como alguém pode ter uma crise, uma crise de ansiedade, ou então alguém pode passar a ouvir vozes. Todo tipo de crise a qualquer momento. E tanto é que é vendido assim, que se você pesquisar na internet, o que fazer quando eu tenho pensamentos intrusivos? Ou o que fazer quando eu ouço vozes? Ou o que fazer quando eu tenho crises de ansiedade? Você encontra sempre as mesmas indicações, os mesmos materiais psicoeducativos, orientando as pessoas a ignorarem os sentimentos delas durante a crise porque eles iam ser todos frutos de transtorno psiquiátrico.

Então restaria a pessoa aceitar o que está acontecendo ou esperar a crise passar. Às vezes até se fala fazer uma técnica de respiração, mas sempre no sentido de que a indicação é esperar a crise passar e ignorar o que aquilo está dizendo e tomar drogas psiquiátricas. Então percebam, isso impede as pessoas de verem a relação entre o contexto e o que elas estão sentindo. É sempre colocado como uma coisa que elas não

controlam. E existem, de fato, várias doenças que fazem coisas que as pessoas não controlam. Se a pessoa tem, por exemplo, uma diabetes ou uma crise epilética, às vezes ela não vai ter como controlar aquilo. Então, isso vai mudar a rotina dela, vai mudar como ela se entende, às vezes ela não vai conseguir fazer coisas que ela dizia antes. Mas o grande problema aqui é que isso não está acontecendo. É como se ela fosse vista como um doente emocional e isso não existe, enquanto ela está vivendo um monte de situações que justificam muito as reações que ela está tendo.

E outro problema é que esse status social de incapaz, que recai sobre as pessoas psiquiatrizadas, acaba implicando também um status jurídico. Em diferentes países existe lei de curatela, que permite que o médico alegue a pedido da família e as decisões dela, que, por ter uma doença mental, a pessoa não é mais capaz de tomar as próprias decisões dela. a controlar coisas como controlar os próprios bens, tudo baseado em um diagnóstico que não é comprovado cientificamente. Existem várias pessoas diagnosticadas com transtorno mental que estão sob curatela no Brasil e, claro, muitas pessoas que estão sob curatela de famílias abusivas. Recentemente, nos Estados Unidos, a gente teve o caso da Britney Spears, que ela teve por anos, lá também tem lei de curatela, que ela teve por anos os bens e a vida delas posta nas mãos de pais abusivos. Ao mesmo tempo em que ela trabalhava todas as noites. E eu pergunto pra vocês, como que ela era incapaz se ela era capaz de trabalhar pra todo o dinheiro ir pros pais dela? A Britney era doente? Não. Ela só deu azar de ter pais que queriam explorá-la e dos diagnósticos serem dados arbitrariamente, então isso acaba beneficiando muito famílias que estão mal-intencionadas.

E no Brasil, além de estar sujeita à curatela, qualquer pessoa pode ser internada involuntariamente em um hospital psiquiátrico. Ou seja, a família pode ligar para o psiquiatra e pedir para internar uma pessoa contra a vontade dela. Não precisa ter nenhuma comprovação objetiva, que a pessoa seja incapaz de escolher, ou que ela represente riscos para terceiros, nada disso. A Judy Chamberlain cita o caso de um homem que, na época do Movimento de Sobreviventes da Psiquiatria, ali década de 70, virou vegetariano e a família ligou para o médico e internou ele contra a vontade dele. Por quê? Porque ser vegetariano, na época, quebrava normas sociais. E, da mesma forma,

hoje a gente vê muitas pessoas que fazem coisas como fumar maconha e são internados arbitrariamente pela família, porque fumar maconha foge das normas sociais e a família delas é conservadora.

O Australgésico Carrano Bueno, que inspirou o filme “Bicho de Sete Cabeças”, que é baseado no livro dele, foi um exemplo de uma pessoa com quem aconteceu. O livro dele inspirou o filme “Bicho de Sete Cabeças”, e esse filme é assustador, inclusive, do quanto ele é parecido com os manicômios de hoje. Quando eu assisti, parecia que eu estava lá. E também é muito parecido, porque nos manicômios você vê muitas pessoas serem internadas por esse tipo de motivo. Pessoa que é internada por fumar maconha, pessoa que é internada porque ela tem múltiplos parceiros sexuais e a família dela acha aquilo um absurdo. Imagina, você está simplesmente sentado na sua casa e vem uma ambulância e te leva para o manicômio. E perceba também que essa questão da pessoa internada por ser vegetariano ou por fumar maconha ou por ser LGBT, como eu mencionei anteriormente, não é uma questão de saúde ou sequer de uma pessoa que está precisando de ajuda com alguma dificuldade dela. A única dificuldade que ela tem é que existem essas leis e a família dela pode ter acesso a ela e fazer esse tipo de coisa contra ela.

E claro que essa concepção de comportamentos diversos como fruto de doença mental e o estado social ilegal que decorre disso também geram muitos problemas em relação à possibilidade de escolha em se usar drogas psiquiátricas e em se fazer qualquer intervenção psiquiátrica. A gente tem falado muito entre pessoas que estão atentas para os problemas de saúde ou dificuldades causadas pelo uso de drogas psiquiátricas sobre a necessidade de consentimento informado, que é essa defesa de que as pessoas possam saber sobre os efeitos das drogas psiquiátricas, sobre o que elas fazem ou não, e sobre os riscos a curto e longo prazo, e possam escolher, se querem mesmo tomar drogas psiquiátricas ou fazer qualquer outra intervenção, de que seja oferecido a escolha. A gente defende isso na página de sobreviventes da psiquiatria.

E a OMS teve até uma nota recente defendendo que, antes de prescrever drogas psiquiátricas, as pessoas devem receber informações detalhadas sobre o risco de usar drogas ou sobre tratamentos alternativos e dar consentimento escrito. E eu acho que foi

uma relevância importante, mas também que, para a gente dizer que as pessoas devem poder escolher, a gente tem que pensar quais são os obstáculos para essa escolha, que eu entendo que faz parte da proposta maior do seminário. Penso que o primeiro obstáculo seria essa concepção de saúde mental que temos hoje, porque, se as pessoas estão recebendo a informação elas têm uma doença mental como qualquer outra, muitos dizem que elas têm um desequilíbrio químico e precisam ser corrigidos com drogas. Como que elas vão não escolher tomar essas drogas?

E o outro obstáculo é o próprio cenário que a gente encontra quando as pessoas tentam retirar drogas psiquiátricas no Brasil. Se a gente entender esse cenário, a gente também pode ver quais são os obstáculos para as pessoas escolherem não tomar drogas desde o início. O primeiro é que, quando a gente comunica que quer fazer a retirada, muitas vezes a gente ouve que a gente está sendo resistente ao tratamento, que a gente não quer sair do tratamento. Então, a gente não vai ser mais atendido se a gente está fazendo psicoterapia. Ou até mesmo no CAPS, que a gente não vai mais poder fazer oficinas, poder fazer psicoterapia, fazer as coisas que a gente faz lá. E isso no melhor do cenário, porque no pior do cenário as pessoas são até ameaçadas com internação psiquiátrica, assim como as pessoas que escolhem não usar drogas em primeiro lugar.

Já quando algum psiquiatra aceita retirar drogas, eles normalmente não sabem fazer isso. Eles não estudam a forma segura de fazer. Eles fazem isso de uma forma muito rápida e perigosa. Para vocês terem uma ideia, o protocolo que a maioria dos sobreviventes da psiquiatria, que eu vejo que a maioria dos psiquiatras que têm uma leitura de prescrição usa, é um protocolo do Peter Breggin, que é um psiquiatra que é de retirar 10% doses de medicação a cada quatro semanas. Para a maioria das pessoas, isso é um jeito de fazer tendo o mínimo de efeito colateral de retirada. Mas a maioria dos psiquiatras, em um mês, eles tiram toda a droga psiquiátrica que a pessoa tomou em toda a vida. Eles cortam meio comprimido, depois eles cortam quatro e a pessoa fica sem droga. Mas fica cheia de efeito de abstinência. E quando elas têm esses efeitos de abstinência, elas ouvem que, na verdade, aquilo lá seria doença voltando.

E por isso que eu digo também que o obstáculo que eu vejo para a retirada de drogas psiquiátricas é a questão do modelo biomédico. Porque tem pessoas que, mesmo

acreditando no modelo biomédico, acreditando que têm uma doença mental, decidem retirar drogas psiquiátricas. Por quê? Porque elas estão mal com as drogas psiquiátricas e estão piores sem as drogas psiquiátricas. Então, elas tiram mesmo achando que elas estão correndo risco de saúde delas, que elas estão sem o tratamento adequado. E aí a gente percebe que é uma coisa muito frágil. Porque a partir do momento que ela tirar a droga psiquiátrica e ela se ver livre daquilo, ela vai ter um monte de efeito de abstinência e o psiquiatra vai dizer que é a doença voltando. Então ela não vai realmente poder... ela não está realmente podendo fazer essa escolha.

Então, outra questão que ela tem, quando ela tira drogas psiquiátricas, ela vai perder todo o apoio da família e dos amigos dela, porque as pessoas recebem essa informação de que doença mental são doenças como quaisquer outras. Então, também vão ver ela como resistente ao tratamento, também [não] vão apoiá-la. Muitas vezes ela tem que fazer isso em completo silêncio, esconder de todo mundo que ela está passando por esse processo, que é um processo difícil, que é um processo que sensibiliza, porque as pessoas ficam sedadas por o que está acontecendo na vida delas. Então, além de ter todos os efeitos de abstinência, quando elas voltam, muitas vezes vem sensações de violência que ela sofreu por anos, mas que ela não dava sentido. Inclusive, um dos motivos que muitas pessoas tiram é que elas sentem uma completa anedonia. Elas não sentem a tristeza, elas também não sentem prazer com nada do que elas faziam antes. E aquilo lá, quando tu tira, vem tudo. Tu sente tudo aquilo ao mesmo tempo. Então, é uma coisa difícil de manter. E, principalmente, difícil de manter porque a gente não tem alternativas ao modelo biomédico. A única alternativa que dão pra gente é...quando dão alguma alternativa para a gente é ou ficar com drogas psiquiátricas e um tratamento relacionado ao modelo biomédico, que te ensina a manejar a crise, não te ensina a olhar para o teu contexto, pensar em estratégias para sair dele, para pensar em como mudar aquilo, não te ensina a transformação, não te ensina a conformidade. Então, tu fica totalmente sem outras coisas.

Mas é isso, eu acho que para a gente ter... Enfim, o meu ponto é que para a gente poder dar mais condições para as pessoas terem autonomia, para elas terem autonomia e para elas poderem fazer escolhas de fato, a gente precisa de uma alternativa ao modelo



biomédico. Como tem muitas, o *Power to Reach Meaning Framework*, o Open Dialogue, a Casa Soteria, que têm dado resultados ótimos em vários países. E é isso. Obrigada por me ouvirem.

## **ANDRÉS TECHERA**

Muito obrigado, Mariana. Agora vamos dar a palavra à Camila Teodoro. Ela é psicóloga formada pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, pós-graduanda no curso de especialização em psicologia clínica do Instituto de Psicologia Fenomenológica Existencial, é membro do Projeto de Pró-Docência sobre Medicalização da Vida, vinculada à mesma universidade e membro do Laboratório de Fenomenologia e Estudos em Psicologia Existencial da mesma universidade. Bem-vinda.

## **CAMILA TEODORO**

Boa tarde. Bom, todo mundo está me ouvindo bem? Eu falo baixinho? Vou chegar mais perto. Pronto. Bom, primeiro eu queria agradecer o convite para estar aqui nesta mesa. Dizer que a fala de vocês parece que foi combinada para ser uma introdução ao que eu vou trazer. E dizer que eu estou muito feliz de estar aqui porque foi aqui, em 2017, na primeira edição que teve desse seminário, que a minha vida se transformou. Foi aqui que eu conheci o livro do Robert, o Bob, “Anatomia de uma Epidemia”, que foi um divisor de águas na minha vida.

Bom, eu fui convidada pra contar a minha história como sobrevivente da psiquiatria, só que eu penso que pra falar sobre isso eu preciso voltar um pouquinho no tempo, uns 30 anos atrás, lá na minha adolescência. Pra falar que eu era uma adolescente muito, e até uma criança, que sentia as coisas muito intensamente. E aí, o que eu fazia naquela época para poder lidar com tudo isso que eu sentia, com esse turbilhão de

sentimentos, de emoções, de afetos? Eu vivia. Eu vivia a dor. Muitas vezes eu deixava de sair, me trancava no meu quarto, colocava Legião Urbana para escutar, colocava incenso, ficava dançando com a fumacinha do incenso, sentava-se na janela do meu quarto, ficava olhando as estrelas. E eu escrevia muito. Escrevia muito poema, cartas, me expressava muito através da escrita.

E é claro que eu tinha uma estrutura que me permitia fazer isso, não é a realidade de muitas pessoas. Tem muitos adolescentes, inclusive aparece muito na clínica, adolescentes que precisam trabalhar. Outros que estão mergulhados em diversas atividades, cursos, enfim. Essa sociedade que a gente vive valoriza muito a produtividade. Então, não tem mais espaço para o ócio, para o descanso, para o lazer. E até quando tem espaço para o ócio, ele tem que ser aquele ócio criativo. Então, geralmente eu dava um jeito de conseguir passar por essa experiência, pra viver o que eu precisava viver daquela experiência, chorar o que eu precisava chorar, até ela se dissolver e se transformar. Claro que hoje eu sei que ter um profissional que pudesse me ajudar, com quem eu pudesse conversar naquela época, poderia ter me ajudado muito. Só que, eram anos 90, naquela época a gente... Tinha, na verdade, uma ideia de que psicólogo era para quem tinha um transtorno muito grave, não para falar do cotidiano, para falar das nossas relações.

Então, não estava no meu horizonte de possibilidade de procurar um psicólogo. Pelo menos isso eu vejo que tem mudado. Os anos se passaram. Lá nos anos 2000, comecei a fazer faculdade de engenharia, também pela UERJ. Continuei vivendo essa mesma dinâmica. Às vezes, eu pegava menos matéria, escrevia umas poesias, fazia umas músicas, tocava violão, quando eu estava passando por alguma situação que estava me dificultando a estudar, que eu ficava mais improdutiva. De novo, eu pude fazer isso porque tive estrutura para isso. Muitos estudantes não podem fazer isso, principalmente hoje em dia.

E essa minha realidade ela permitiu que eu pudesse viver a minha dor. Sem que ela precisasse ser rapidamente suprimida em prol de uma produtividade. Eu comecei a trabalhar e aí as coisas mudaram. Eu ganhava bem, eu tinha um cargo de liderança, só que eu trabalhava num ambiente que era muito masculino, era muito opressor, machista,

competitivo, nada acolhedor. E onde eu vivi situações bem desagradáveis na minha condição de mulher, inclusive. Eu chegava às 9 horas da noite em casa. Eu ia dormir às 10 para acordar às 6 da manhã. Eu gastava umas 4 ou 5 horas por dia no transporte. E, no fim de semana, eu só queria ficar em casa e descansar. Eu não tinha mais energia, disposição para nada. E olha que era escala 5x2, não era 6x1.

Mas, enfim, eu parei de encontrar com os meus amigos, parei de fazer coisas que eu gostava. Música, escrever. E eu vivia só para trabalhar. E aí teve um momento em que eu tive um rompimento no relacionamento que me trouxe muito sofrimento. Só que agora eu não tinha mais tempo para viver essa dor. Eu não podia ficar lá dançando com a fumacinha do incenso, não podia ficar ouvindo Legião Urbana. E eu precisava estar produtiva, precisava acordar todo dia, viver como todo mundo, me adaptar. E, lógico, mais uma vez, uma psicoterapia poderia ter ajudado, mas, infelizmente, eu não tinha ainda isso como... não via isso como possibilidade. E aí eu acho que tem um texto da Eliane Brum, que é uma jornalista e escritora brasileira, que eu acho que resume bem o que eu estou tentando dizer. E diz assim... Vou citar, tá?

“Estamos exaustos e correndo. Exaustos e correndo. Exaustos e correndo. E a má notícia é que continuaremos exaustos e correndo. Porque exaustos e correndo virou a condição humana dessa época. E já percebemos que essa condição humana, um corpo humano não aguenta. O corpo então virou um atrapalho, um apêndice incômodo, um não dá conta que adocece, fica ansioso, deprime, entra em pânico. E assim, dopamos esse corpo falho que se contorce ao ser submetido a uma velocidade não humana. Viramos exaustos e correndo e dopados, porque só dopados pra continuar exaustos e correndo”.

Então, chegou um ponto que eu precisava dopar esse corpo que virou um atrapalho, um apêndice incômodo, um não dá conta que adocece. E foi aí que tudo começou a desandar. Eu comecei a tomar antidepressivos e, algum tempo depois, eu tive a minha primeira crise maníaca. Infelizmente, ou felizmente, eu não me recordo dessa crise. Mas eu sei que foi motivo suficiente para eu receber um outro diagnóstico. Eu tinha recebido o diagnóstico de depressão e eu recebi o diagnóstico de transtorno bipolar. Essa fase da minha vida tem muitas lacunas. Eu não me recordo muito. A minha memória já não é muito boa. Só que eu tenho alguns apagões dessa época que eu fiquei sob

medicação. Mas, como eu falei, eu tive uma crise maníaca.

E, assim, explicando um pouquinho o que é ou o que foi para mim, durante um episódio de hipomania ou de mania, eu podia passar de alguém extremamente divertida, legal, extrovertida, para alguém bastante inconveniente. E aí, quando essa euforia toda acabava, as coisas iam adquirindo uma outra cor. E aí eu vou fazer aqui uma analogia, mas eu não tô de modo algum querendo dizer que é a mesma coisa, que é a mesma experiência. Provavelmente alguém aqui já bebeu além da conta e fez coisas depois que nem acredita. E no dia seguinte acorda com aquela ressaca moral, aquela vergonha, quando lembra o que fez. É claro que não é a mesma coisa, mas eu acho que dá para fazer essa comparação porque, numa crise maníaca ou numa crise hipomaníaca, a gente perde a capacidade de julgamento. Então, eu fazia coisas, inclusive, me colocava em risco. E, depois que a crise passava, eu me sentia horrível. Me sentia péssima, envergonhada, arrependida. E isso causava muito impacto nas minhas relações. Nas minhas relações afetivas, nas minhas relações de trabalho.

Só que a crise não é uma coisa de uma noite, de um porre. Às vezes, durava dias, semanas. E depois vinha a conta. Chegava a conta junto com uma baixa de energia. Porque era comum, depois de uma crise. E parece que quanto mais intensa é a crise maníaca, mais era a crise de depressão. E, na depressão, tudo ficava muito pesado, muito difícil. Tudo exigia um esforço absurdo. Já teve períodos em que eu fiquei três dias sem conseguir tomar banho. Eu não conseguia, às vezes, nem levantar o braço, porque me gastava muita energia. Esboçar um sorriso era impossível.

E por que eu tô falando tudo isso? Porque, de uma hora pra outra, eu vi a minha vida completamente transformada. Eu não me reconhecia mais. Eu tinha crises frequentes de hipomania e de depressão. E, ao longo do tempo, essas crises foram ficando mais e mais constantes. Trocava de medicamento e elas continuavam constantes e pioravam. Bom, lá atrás, quando eu procurei um psiquiatra, eu tava em sofrimento e, por conta disso, foi me passado um psicofármaco. Sem que houvesse uma avaliação mais aprofundada ou mais cuidadosa do motivo do meu sofrimento. Sem que me indicassem um tratamento psicoterapêutico, por exemplo. E a ideia que passavam pra mim era que tinha um desequilíbrio químico no meu cérebro e que o remédio ia dar conta. E era como

se eu tivesse pegado uma depressão. Como se pega uma gripe. Sem levar em consideração o contexto, como a Mariana tava falando. Era só tomar o remédio certo que a depressão ia passar. E eu realmente acreditei nisso por muitos anos.

Mas só não passou, ou passou por um período de tempo, como outros sintomas apareceram. E assim, outro diagnóstico. Então foram dez anos passando por diversos psiquiatras, várias trocas de medicamento, e nada dava jeito. E as crises só ficavam mais e mais frequentes. E eu vou relatar aqui alguns episódios porque eu passei, eu acho que vale a pena destacar. Apesar de que eu lembrei de vários outros com vocês falando, mas não vai dar tempo.

Teve uma vez que eu estava muito deprimida. Eu já tinha o diagnóstico, aí eu fui a uma psiquiatra. E eu falei pra ela que eu era bipolar. E ela, em menos de cinco minutos, e durante a sessão ela ainda pegava o telefone e atendia o telefone, ela virou pra mim e falou assim, ‘olha, você sabe que você não pode ter filho. Você tem uma doença hereditária e você vai ter que tomar remédio pro resto da vida’. Nessa frieza. E eu tava muito mal, gente. Ela nunca tinha me visto na vida. Era a primeira vez que eu tinha ido nela. Ela não sabia nada sobre mim. E pra ela era só um diagnóstico ali, não era uma pessoa. E, por sorte, eu nunca quis ter filho, sabe? Isso não era uma coisa que mexia comigo, mas eu fico imaginando. Se é uma mulher ali que sonha em ter filho e já tá tão fragilizada, e chega e a mulher fala uma coisa dessa numa frieza, sabe? Eu só sei que assim, mesmo não querendo ter filho, eu saí dali pior do que eu entrei.

E teve uma outra ocasião, que teve um psiquiatra que ele simplesmente interrompeu o estabilizador de humor que eu tava tomando, de uma hora pra outra. Eu acho que era por causa dos efeitos colaterais. E, alguns dias depois, eu tive a pior crise maníaca da minha vida. E, quando essa crise passou, veio uma depressão tão profunda que eu não soube lidar com aquilo e eu tentei suicídio. E eu tive algumas complicações de saúde. Nesse período, eu fiquei dois meses internada num hospital geral mesmo. Mas só então eu comecei a fazer psicoterapia. Isso foi em 2013.

E o último episódio que eu queria destacar foi a última psiquiatra que eu tive. E ela me disse, ao tentar uma nova combinação de medicamentos, falou que se daquela vez não funcionasse, o jeito era fazer eletroconvulsoterapia. E eu já falei que a minha

memória não é boa. Imagina se eu tivesse feito. Não fiz.

Bom, eu acho que, com tudo isso, a gente percebe que o medicamento, ao contrário do que ele se propunha a fazer, que era cuidar da minha saúde mental, ele fez o completo oposto. Ele provocou perturbações emocionais, comportamentais e, conseqüentemente, afetou o meu modo de existir no mundo, que era o que você estava falando. E, na verdade, essas perturbações, elas trouxeram muitos outros sofrimentos. E, por conta dessas mudanças de humor, do meu comportamento instável, às vezes super-alegre, às vezes inapropriado, às vezes recluso, muitas das minhas relações foram sendo desfeitas pelo caminho. Eu perdi amigos, eu perdi emprego. E, alguns anos depois de tanto ser medicada, eu perdi a libido. E, por fim, eu perdi o sentido de viver.

E tem uma música do Arnaldo Antunes que expressa muito bem o que eu passei a sentir ou não sentir. Ela diz assim: ‘Socorro, não estou sentindo nada, nem medo, nem calor, nem fog., não vai dar mais pra chorar, nem pra rir’. Em outro trecho ele diz assim, já não sinto amor, nem dor, já não sinto nada. Socorro, alguém me dê um coração, que esse já não bate, nem apanha. Por favor, alguma emoção pequena, qualquer coisa, qualquer coisa que se sinta, tem tanto sentimento, deve ter algum que sirva’.

Essa parte era pra cantar, mas eu fiquei com vergonha. Então foi assim que eu passei a experimentar a vida. E em determinado momento eu só pensava que eu tava ali por causa do meu cachorro. E que quando ele se fosse eu ia junto, porque eu não tinha coragem de abandonar ele. E eu pensei também que eu nunca mais fosse conseguir trabalhar ou ter um relacionamento amoroso. Mas disso tudo dá pra tirar algo de positivo. Eu criei gosto por leituras sobre psicologia, sobre psiquiatria, eu li vários livros e em determinado momento eu resolvi fazer a faculdade de psicologia. E foi assim que eu fiquei sabendo desse seminário lá em 2017. E aquilo pra mim foi um choque. Eu imagino que algumas pessoas que estejam vindo pela primeira vez também possam estar sentindo algo parecido. Eu vinha de várias tentativas frustradas de tratamento medicamentoso e em nenhum momento, nesses 10 anos que eu fiquei tomando remédio, qualquer um dos diversos profissionais que eu passei sequer questionou se o remédio poderia estar me deixando doente, em vez de me tratar.

Eu comprei o livro do Robert, do Bob, e foi muito angustiante pra mim ler aquele

livro, porque eu percebi que eu fui vítima, uma vítima muito mais do que um erro médico, mas de um sistema que visa o lucro e não o bem-estar do paciente. E porque também eu me senti muito impotente frente àquilo tudo. Mas esse foi o pontapé que me fez ir à psiquiatria, à psiquiatra, aliás, aquela última, e dizer que eu queria tentar o desmame. Ela disse que ela não concordava, mas ela aceitou assim mesmo. Ela era aquela que queria fazer eletroconvulsoterapia. Ela preferia tentar a eletroconvulsoterapia a tentar o desmame. Bom, foram uns seis meses de desmame só. Por sorte, assim, eu não tive muitas complicações e, para ser honesta, eu não me lembro dessa época. Eu só sei que eu iniciei o desmame em 2017 e terminei em 2018.

E depois que eu fiz o desmame, teve uma ocasião em que eu tive um sentimento que há muito tempo eu não tinha. A tristeza. Pela primeira vez em muito tempo, eu me senti triste. Não deprimida, mas triste. E por uma situação que fazia sentido eu ficar triste. E o engraçado foi que quando eu me dei conta de que eu tava sentindo tristeza, eu fiquei feliz. E foi um misto muito estranho de sentimentos, mas que evidenciou ainda mais o quanto eu tava embotada afetivamente, enquanto eu tava medicada. E com o tempo, e isso levou um tempo maior, depois do desmame, a libido começou a voltar também. E eu voltei a sentir atração pelas pessoas. E, para não dizer que eu nunca mais tive crise, alguns meses depois, em 2019, eu tive uma depressão leve. O que eu fiz? Eu peguei o restinho de medicamento que eu tinha em casa, tomei por conta própria, tomei durante mais ou menos um mês, comecei devagar e depois fui diminuindo. E foi o suficiente para me dar um *up* para eu voltar. E depois disso eu nunca mais tive crise.

Hoje já faz seis anos que eu me tornei sobrevivente. Foram dez anos de luta contra uma doença que, na verdade, foi provocada pelo próprio remédio que prometia me tratar. E uma outra consequência positiva disso tudo foi que, durante a graduação de psicologia, eu conheci o professor Marcos Ferraz, que vai estar aqui amanhã, na mesa da manhã. E eu pude, então, conhecer e participar do projeto de *pró docência*, que ele é coordenador, em que a gente faz estudos e pesquisas sobre medicalização da vida, com um olhar crítico sobre o uso de psicofármacos. E esse projeto é uma das formas que eu encontrei de lutar contra a epidemia das drogas psiquiátricas e pela desmedicalização da vida.

Bom, já estou me encaminhando para o final. Eu acho que, com a minha história, a gente pode ver que, muitas vezes, falta um olhar crítico dos profissionais de saúde para a questão do uso dos psicofármacos. E muitos deles desconsideram a experiência e a dinâmica existencial humana. E usam os medicamentos como pílulas mágicas que vão supostamente consertar o que está desarranjado, ou o que tá supostamente desarranjado no cérebro. Só que esses medicamentos causam desarranjo no cérebro. E, no meu caso, essa desconsideração desses profissionais fez com que uma iatrogenia, pelo uso dos medicamentos, dos antidepressivos em específico, passasse despercebida pelos diversos profissionais pelo que eu passei. Eu não sou contra o uso dos psicofármacos, mas eu acho que eles podem ser utilizados, mas de forma consciente e com cuidado para não se medicar aspectos sociais e existenciais.

E hoje, como psicóloga, eu fico pensando o quanto eu gostaria que a minha psicóloga da época tivesse levantado essa hipótese de iatrogenia. Por isso que eu acho fundamental que a formação desses profissionais de saúde, em especial da saúde mental, inclua essa discussão. E também acho que é importante que os pacientes sejam informados, como a Mariana falou, sobre os possíveis efeitos, os riscos, os benefícios do medicamento, para que eles também tenham autonomia e possam escolher o que eles querem. E por isso também que eu acho que esse evento é de extrema importância e é muito necessário. E eu nem sei como expressar a honra de estar participando aqui hoje. E tem muito mais coisas que eu queria compartilhar, mas o tempo é limitado.

Então era isso que eu queria dividir com vocês e eu queria muito agradecer a atenção de todos e, de novo, ao convite. Ah, e os contatos. Esses são os meus contatos. E ali tem, por último, é o da Medicalização da Vida, que é o do projeto de pró docência. Se vocês quiserem acompanhar também, qualquer dúvida, qualquer coisa, podem me chamar. Obrigada.



## **ANDRÉS TECHERA**

Muito obrigado, Camila. Muito obrigado. Agora vamos abrir um pouco para que possam fazer perguntas, comentários, ressonâncias.

## **PARTICIPANTE DÉBORA**

Olá, boa tarde a todas e a todos. Meu nome é Débora, sou psicóloga também. Eu queria cumprimentar a mesa, parabenizar o evento, o princípio, e trazer um pouquinho do que eu tenho pensado hoje em dia. Eu não sou uma sobrevivente da psiquiatria, acho que sou uma fugitiva na minha adolescência. Eu fugi, encontrei a maconha. Mas eu tenho um familiar que não sobreviveu à psiquiatria. E aí eu queria trazer aqui como uma pergunta, como uma provocação, enfim, a gente poder pensar como o proibicionismo das substâncias de maconha e, hoje em dia, a maconha e os psicodélicos, que estão na moda no momento, contribuem para a epidemia das drogas, dos psicofármacos? E como que a gente pode pensar em toda a política antiproibicionista e não necessariamente sobre as drogas que podem vir dessas substâncias até então proibidas, mas como que as políticas antiproibicionistas, o pensamento antiproibicionista para os profissionais de saúde podem contribuir para as alternativas da biomedicina?

E a gente pensar essas substâncias proibidas como essas substâncias que têm a ver com provocar esquizofrenia, efeitos esquizofrênicos, que é essa fama, esses mitos, que tem muito para estudar também, mas também como as drogas que fazem o amor, o êxtase, o MD, a própria Ayahuasca e outros psicodélicos que também promovem essa união e essa conexão espiritual, indo para outros campos também do que é a humanidade. É isso, muito obrigada.

## ANDRÉS TECHERA

Muito obrigado. O conceito de insegurança ontológica e heterogênicidade é excelente. A palavra heterogênicidade começou a ser mais falada, e é importante que a gente traga esse conceito de heterogênicidade, porque ele é central no dano causado pelos psicotrópicos. O Robert, aos 47 minutos da fala dele, me parece que trouxe uma questão muito importante, que é a questão conceitual. A questão conceitual. Como que nós precisamos perceber o conceito que nós estamos usando uma linguagem do colonizador às vezes com boa intenção. Então, por exemplo, quando a Mariana falou muito bem a questão da violência relacionada a isso tudo, mas falou da questão da infantilização. Vou pedir licença para a Camila para falar assim, quando alguém chega lá no consultório pedindo para fazer, eu quero desmamar da medicação. Eu falo, desmame é um procedimento alimentar dos mamíferos na primeira infância, quando a criança começa a aparecer o dente, está na hora de desmamar. Isso coloca, às vezes, a pessoa numa posição de infantilizada.

Ela está ali para ser desmamada. Eu falo assim, não, é uma retirada gradual de psicotrópico. Então eu tenho usado muita atenção nas pequenas palavras, porque elas carregam muito significado. Então é isso, a questão, acho que é um conceito assim, Daqui para frente, para a gente trabalhar em segurança ontológica e iatrogênica, o conceito de iatrogenia, o que a Mariana falou das violências, a gente tem que estar muito atento, e uma outra coisa também sobre o que eu percebi de colegas médicos. É uma literalidade. Os médicos estão com uma crise de literalidade, eles não entendem metáfora, não conseguem interpretar um texto poético. A Camila falou da poesia. Há um endurecimento e ele, por isso, eu fico tentando entender qual é o apego dos colegas psiquiátricos ao fármaco. Eles não têm um outro universo. É um universo pobre, vazio. Então, não dá para esperar uma modificação de dentro da psiquiatria, mais uma vez. A chance que tem é falar assim, olha, tem um conceito de iatrogenia. Pelo menos eu acho, sabe? Aneudicamente, Tiago, que eu vou ficar curioso. Mas o que é uma iatrogenia? Muito colega médico não sabe. Peraí. Dá vontade de falar um palavrão.

O que vocês estão fazendo nesse determinado momento? Então é isso. Obrigado.

## **PARTICIPANTE HENRIQUE**

Oi. Eu sou o Henrique, eu sou médico. Em relação às falas das sobreviventes, as duas seguem o mesmo padrão. Foi um sofrimento que foi endereçado a um psiquiatra e esse psiquiatra impôs essa imagem interpretativa. Só que agora, nos últimos cinco anos, eu acho que, sobretudo, com a popularização das redes sociais baseadas em imagem, eu acho que não tem havido um novo tipo clínico que não é mais a pessoa que endereça o sofrimento ao psiquiatra e aí esse imaginário se impõe sobre a pessoa. Mas a própria pessoa que se endereça ao psiquiatra já vem com uma demanda. Eu quero saber o que tem de errado com o meu cérebro, eu quero um remédio para corrigir esse defeito, etc. Eu queria que vocês comentassem sobre esse novo fenômeno. Obrigado.

## **PARTICIPANTE ANA PAULA**

Boa tarde, meu nome é Ana Paula, sou estudante de psicologia. Eu ia pegar o gancho dele, eu ia fazer essa pergunta. Eu acho que, não sei a opinião de vocês, eu queria saber de vocês, se hoje em dia as pessoas querem ter um diagnóstico, querer saber porque não está se adequando a alguma coisa, porque somos pessoas individuais únicas e cada um tem o seu... Mas, às vezes, a gente quer se comparar ao outro e quer saber, quer ter um diagnóstico. E aquilo ali a gente vai ao médico e eles logo dão... Como falaram aí, você está sentindo está batimento cardíaco, está com medo, ansiedade, e começa a medicalizar. E para poder ter um padrão, estar num padrão, como você falou, que mães internavam os filhos porque fumavam maconha. Então, para poder... Ah, não, vou justificar porque meu filho faz aquilo. Até com criança mesmo. Ah, minha criança não

consegue ficar sentada porque tem alguma coisa. Então, para poder botar no padrão da sociedade, você acaba medicalizando mais. Obrigado.

## **ANA PAULA GULJOR**

Eu sou Ana Paula também. Meu nome é Ana Paula, eu sou psiquiatra e psiquiatra clínica. O que eu queria trazer aqui para a gente pensar junto, só trazendo uma rápida contextualização, eu me formei no início dos 90. E, ao longo desse meu processo como psiquiatra, eu acho que eu tive a sorte de me deparar com mestres que me ensinaram a cuidar das pessoas, a ouvir as pessoas. E eu falo dos 90, porque os 90 era exatamente quando se colocava, de uma forma global, a ideia da década do cérebro. E a minha sensação é que eu vivenciei isso de forma muito clara desde o processo de discutirmos as questões fenomenológicas. Enfim, tem essas vertentes das formações diversas. E, nesse caminho que eu me formei, uma das coisas... me causa incômodo essa ideia do prescritor. Eu não me coloco como prescritora. A prescrição é parte da minha prática. Mas eu sou alguém, eu sou uma médica da psiquiatria que cuida das pessoas.

E para eu cuidar das pessoas eu preciso ouvir as pessoas, conhecer as pessoas, entender, sair de uma certa ditadura, que me parece, essa padronização em que você entra no consultório, você tem que botar o CID da pessoa e tem que dar um remédio. E essa demanda não é só uma demanda do profissional, porque a gente é formado assim, tira a cadeira da frente do médico, a mesa da frente do médico, ele fica enlouquecido. O que eu vou fazer se não for prescrever? Então, eu acho que a gente precisa colocar em questão a formação, a formação não só do médico, porque isso acontece com os psicólogos, com os enfermeiros, com os assistentes sociais, porque, como médico, você recebe essa demanda. Mas o que ele tem?

Se lidar com uma criança e levar meses atendendo sem ser demandado pela

família, pela escola, que você dê um diagnóstico e dê alguma coisa para resolver o problema dessa criança, é algo que acho que nunca vivenciei na vida. Então, acho que esse cuidado centrado na pessoa e você entender que essa pessoa tem, ela pode ter sintomas, eu não nego que existem comprometimentos psíquicos que precisam medicar, eu faço isso. Mas, ao mesmo tempo, existe todo um contexto, que é um contexto de vida, de condições de vida, de relações familiares, ao mesmo tempo que é esse arcabouço de outras estratégias, das medicinas, das medicinas orientais, as estratégias que dizem respeito às artes, que dizem respeito à transformação desse lugar social. E essa fala que estou fazendo aqui não é uma fala de militante, é a fala desse olhar, desse médico que está atendendo uma pessoa e que é uma pessoa com diversas facetas, como somos todos nós. Então, eu queria trazer esse aspecto para o diálogo.

## **PARTICIPANTE NÃO IDENTIFICADO**

Olá, pessoal. Boa tarde. Também sou uma sobrevivente da psiquiatria. Passei por muitos danos. Certa época, passava 16 horas dormindo por conta de medicação. Meu pai tinha que ir até a minha casa me acordar para me dar um banho, para me botar para comer um prato de refeição e eu voltava a dormir. Eu encerrei muitas questões, muitos sonhos da minha vida. Hoje estou me formando em psicologia, participo do grupo Desmedicalização da Vida. E a gente tem uma frente um pouco diferente em relação a algumas questões que foram postas, e a gente pode problematizar isso aqui também, que a gente é totalmente contra a medicação. A gente não relativiza o uso da medicação. A gente realmente precisa abolir a medicação. E eu acho que a gente não consegue relativizar uma questão de violência como está sendo, porque não está sendo feito de uma maneira mediada, de uma maneira tranquila essa prescrição. Então, a gente tem um posicionamento de abolir mesmo a questão. Não relativizar, porque eu acho que, às

vezes, relativizar o uso é relativizar certas violências, certas histórias e certas lutas epistemológicas também. Então, esse é o lugar da nossa crítica. Eu acho que os desafios da retirada de psicofármacos não podem ficar relativizando a retirada dos psicofármacos. Então, acho que seria mais ou menos por isso. Muito obrigado.

### **PARTICIPANTE ANA ROBERTA**

Boa tarde. Boa tarde. Meu nome é Roberta. Aqui, Ana Roberta, sou atuante da saúde mental, atenção psicossocial. Eu tenho uma atuação junto com o público apenado e uma população vulnerável, incluída dentro de uma drogadição. Até então, o sentido da vulnerabilidade social existente em cada um me faz mover pesquisas e trabalhos referentes a isso. E a minha dúvida é como trabalhar com a questão da comorbidade existente, que muitos deles estão no processo de drogadição e uma drogadição múltipla, tanto com problemas psicológicos agregados em tratamento psiquiátrico e também com problemas de drogadições colocadas ilícitas, mas no final todos são drogas. E, na realidade, o sentido de droga é muito abrangente. Eu tive o prazer de ter o conhecimento de Sérgio Alarcon, psiquiatra, e ele na sua amplitude dentro da pós-graduação, ele ampliou a minha visão sobre isso. Então, a minha pergunta é como tratar da melhor forma dentro de um viés psicoterapêutico e um entendimento de contexto social para alguém que está dentro de um quadro vulnerável? Para quem está dentro do quadro de apenado e que pode estar dentro de uma comunidade psiquiátrica? E a melhor condução e olhar para essa pessoa dentro do seu contexto vulnerável, que é a nossa realidade brasileira? Obrigada.

## **PARTICIPANTE MARIANA**

Boa tarde, eu sou Mariana, sou médica de família e comunidade, formada por essa casa. Estou emocionada de estar aqui, é o primeiro seminário que consigo vir, nunca consegui organizar a vida para conseguir estar aqui. Estou pensando várias coisas. Estou há nove anos na Saúde da Família Carioca, caótica. Eu fiquei muito instigada por algumas falas. A colega fala sobre a questão da estrutura. Nesse contexto de medicalização poder ter autonomia e, quando tem uma estrutura, a gente consegue optar. Eu tive, em 2019, um burnout. E eu consegui, por ter estrutura socioeconômica financeira, de escolher uma psiquiatra que não entrou com drogas controladas. Então, eu consegui fazer um acompanhamento psicoterápico e com psicoterapia. Em algum momento, eu entendi que eu precisava de medicação. Eu não estava sendo uma pessoa funcional no trabalho. Inclusive, a psiquiatra que trabalhava comigo aqui... Eu trabalhava aqui no Germano Sinval na época. O centro de saúde daqui. Ela me afastou do trabalho. Ela me perguntou se eu não tinha condição de trabalhar. Eu disse que ia para casa. Fiquei uma semana e emendei em férias o afastamento. Eu tinha total noção de que eu precisava de tratamento, mas eu não queria um tratamento controlado. Eu consegui essa psiquiatra que a gente fazia vários tratamentos fitoterápicos e que me mantiveram. Em algum momento, eu precisei de usar indutor de sono para dormir, porque não estava dando conta.

O meu ponto é, eu tive estrutura para isso, mas os meus pacientes aqui de Manguinhos não tinham estrutura para isso. E, às vezes, a droga, o psicotrópico, era a única, a única ferramenta com a qual eu tinha para trabalhar, entende? Eu não tinha acesso à psicoterapia, a gente tinha, e eu estou falando não só aqui, joga para a saúde carioca, a gente tem uma rede de psicologia extremamente fraca no SUS, a gente quase não consegue encaminhar os pacientes para o SUS. Os psiquiatras, quando a gente tem acesso à psiquiatria, são psiquiatras, queria ter uma amiga, as vezes são psiquiatras muito difíceis, extremamente para prescritores. Eu tive a sorte de trabalhar por quatro anos aqui com uma psiquiatra que era uma, a gente fala que ela era psiquiatra de família e

comunidade, que ela tinha esse olhar da gente conhecer o contexto do paciente, da gente entender a história do paciente, da gente entender o que era violência, o que era contexto social, o que era de fato sintoma psiquiátrico e a gente ponderar muito quando que a gente vai entrar com medicação e como não.

E aí o que eu jogo para vocês de pergunta e de questionamento é... acho que uma das colegas, eu já não lembro qual, falou que tinham algumas outras alternativas, algumas propostas. Falando em nome de alguns teóricos que propõem questões alternativas ao tratamento medicamentoso, como que, nesse contexto em que a gente não tem estrutura, a gente pensaria em não medicalizar? E como que a gente faz isso? Porque, às vezes, a medicação, a gente sabe todos os efeitos colaterais, mas a gente fica nesse limiar, assim, que, quando está na ponta, é uma corda no pescoço. Muito obrigada.

## **CAMILA TEODORO**

Eu não vou saber responder todas as perguntas. Eu vou tentar juntar algumas aqui. Desculpa, não anotei o nome das pessoas, eu sou péssima com isso, vou esquecer. Quem foi que perguntou? Mas... Alguém falou da demanda do próprio paciente, acho que foi você. Das redes sociais e tal. Eu acho que... A gente tem um problema, que foi até o que o Bob estava falando, de um imaginário social. Foi vendido para a sociedade que os transtornos mentais são um defeito no cérebro. Ou é falta de serotonina. Isso foi um marketing muito grande, nos Estados Unidos, principalmente. E que chegou até aqui. Então as pessoas realmente acreditam, como eu falei, eu acreditei que eu tinha um defeito no meu cérebro. E a gente tem hoje um monte de videozinhos engraçados, de TikTok, que colocam isso de uma forma muito naturalizada. Então, as pessoas acreditam que realmente existe uma pílula mágica que vai resolver. Aquele remédio certo vai resolver todos os meus problemas.

E a questão da adaptação, acho que você falou isso também. É uma realidade as pessoas não só quererem se adaptar, mas muitas vezes precisarem se adaptar, como a



colega ali estava falando. Porque a gente vive, na verdade, numa sociedade que adocece. É uma sociedade que exige da gente estar sempre bem-disposto, estar sempre feliz. As redes sociais também colaboram com isso. Uma exigência de produtividade, de atingir o sucesso, de superar a si mesmo. Que, para a gente pensar até outras alternativas, eu acho que a gente tem que pensar em mudar o modelo de sociedade. Como? Não sei. Mas eu acho que, assim, viver numa sociedade doente, adocece a gente. E aí, eu acho que fica difícil a gente ser totalmente contra a medicalização, em vez de pensar num uso mais consciente. Porque é isso, algumas pessoas não vão ter outros recursos.

Mas eu penso que se a gente puder usar a medicação só em casos de extrema necessidade e como coadjuvante, e por um curto período, não por um longo... É, eu entendo que você discorda, mas assim, é o que eu penso. E eu acho que o que você acredita seria o mundo ideal. Eu acho que seria o ideal. Só que eu acho que até a gente chegar lá, é isso que eu estou falando, a gente precisa mudar o modelo de sociedade. E isso leva tempo. E isso precisa de uma luta de todos. E eu acho que é isso.

## **MARIANA WITTE LINS**

Bom, eu também não consigo lembrar, não peguei o nome de todo mundo, mas também não vou conseguir responder todas as perguntas, mas é um pouco para a gente pensar. Eu acho que essa questão que a Bruna colocou é importante. Eu costumo dizer que eu não sou contra drogas psiquiátricas. Eu não sou contra drogas de nenhum tipo, eu sou contra remédio psiquiátrico. Eu sou contra as pessoas ouvirem que elas têm algum desequilíbrio químico no cérebro delas, que aquilo está curando alguma coisa. Isso não está acontecendo, então não dá para passar uma informação falsa para as pessoas. Alguém falou do antiproibicionismo. Eu acho isso muito importante. Eu sou antiproibicionista. Eu não sou contra nenhuma droga. Eu sou contra uma pessoa vir e falar que o negócio está curando um problema que não está curando. E, por isso, eu também acharia que isso é um problema. Tipo, se pensasse, ah, não tem nada que eu

possa fazer por essa pessoa nessa situação. Eu não tenho nenhum recurso disponível. Eu não tenho psicoterapia. A única coisa que daria para eu fazer para ajudar a situação dela, que eu, na minha visão, enxergo que vai ajudar a situação dela, são drogas psiquiátricas.

Eu acho que caberia nessa situação você ser muito honesto com a pessoa. Você dizer, olha, não tem nada que... aqui a gente não tem recurso, não tem como eu te encaixar numa psicoterapia, não tem nada que tu fazer. Tu é uma situação muito delicada, briga com a pessoa. E falar, uma coisa que daria pra tu fazer é tu tomar drogas psiquiátricas. Mas aí eu acho que também não seria nem só drogas psiquiátricas. Tem pessoas que usam vários outros tipos de drogas pra lidar com várias outras situações. Então, acho que a gente sai, e elas, e o antiproibicionismo na redução de danos, em todas as questões, a gente fez justamente isso, que tu tem que saber que tu está tomando uma substância, que ela tem tal efeito, ela tem tal risco a longo prazo, ela tem tal risco, às vezes, a curto prazo, tem muitas drogas psiquiátricas, por exemplo, a longo prazo e a curto prazo, assim como outras drogas também. E aí a pessoa decidir.

Uma das alternativas que eu tinha citado ali, eu falei do Power to Reach Meaning Framework, Casa Soteria e Open Dialogue. E uma coisa que eu gosto muito do Open Dialogue é que eles não têm, que é uma estratégia que eles usam lá na Finlândia, é que eles não vão, por exemplo, atender a pessoa. Não vai ter um atendimento com a pessoa. Depois, os profissionais se reúnem numa salinha, veem lá o que a gente acha que é a melhor coisa para essa pessoa. Tanto que não tem nem só profissionais trabalhando ali. Tem pessoas que são treinadas nesse modelo. Podem ser profissionais ou não. E profissionais de diferentes áreas. E eles falam essas coisas, eles dizem para a pessoa o que eles estão pensando sobre o caso dela na frente da pessoa. Então, ele vai lá e vai comunicar, 'olha, fulano, isso aí que tu falou para mim, eu penso sobre isso'. É tudo discutido na frente da pessoa e com a pessoa. Então, isso é totalmente diferente de ir lá a um profissional e ele dizer, 'ah, eu acho que no teu caso é melhor usar a droga psiquiátrica'.

Então, eu penso que uma solução para isso ia ser isso, ser muito aberto com a pessoa. E o que mais falaram sobre essa questão da pessoa já chegar com o diagnóstico. Eu vejo isso também, da pessoa já chegar querendo o diagnóstico. E penso que sobre isso

a gente tinha que fazer, porque em todos os lugares está colocado que vai ser um diagnóstico psiquiátrico, uma droga psiquiátrica, como a Camila falou, que vai resolver o problema dele. E penso sobre isso que alguns profissionais, tem algumas pessoas que estão fazendo já a iniciativa de trazer divulgação nas redes sociais sobre modos alternativos de enxergar o sofrimento, de que não tem comprovação, que as drogas psiquiátricas não têm comprovação científica. E acho que esse movimento é muito importante.

E também, eu não sei se já foi os cinco minutos. Eu sou ruim com o tempo, gente. Mas também teve um colega, não sei o nome dele, que falou que parece que os psiquiatras não têm licença poética, mas enxergam tudo de uma maneira muito endurecida. E eu vejo muito isso. A pessoa, por exemplo, chega a falar que, às vezes, a Olga Runciman – vou citar para vocês entenderem o que estou compartilhando –, que é uma psicóloga, que ela trabalha com ouvidores de vozes numa perspectiva totalmente diferente. Ela diz que nunca atendeu nenhuma pessoa que ouça vozes, que aquelas vozes que ela ouve não estivessem totalmente relacionadas com o contexto. Mas, às vezes, é difícil você enxergar, porque a pessoa está ali. Às vezes, ela já passou por tanto sofrimento que aquilo está desorganizado. Ela está falando como se fosse uma metáfora para o sofrimento dela. Mas, se você continuar conversando com ela e pensando sobre aquilo junto com ela, ela vai conseguir entender. Vocês vão conseguir chegar juntos numa conclusão, entender o que está acontecendo ali.

Eu acho que é isso que falta, as pessoas terem apoio para ir junto nessa investigação, não um profissional vir de cima e decidir para a pessoa o que é melhor para ela nessa situação. E é isso.

## **ANDRÉS TECHERA**

Posso só acrescentar um negocinho? Isso que você falou da poesia e isso que ela está falando, eu acho que... duas coisas que conversam. Eu acho que a poesia e a

literatura, elas aproximam a gente da experiência concreta da pessoa. E isso, na ciência, é mal visto. É visto como não científico, é visto como menor. E, da mesma forma como o Tiago estava falando, que as experiências dos pacientes também é visto como menor, não é visto. Então, eu acho que conversa. Da mesma forma que a poesia e a literatura, elas aproximam da experiência e elas são diminuídas, visto como não científico, não relevante, a experiência do paciente também é vista como não relevante. Então, acho que está interligado. Obrigado, Camila.

## **TIAGO PIRES**

Muito brevemente. Algo que me impressiona sempre positivamente nos testemunhos de vida ou nas histórias de vida dos sobreviventes e das sobreviventes é a força do... que não ao contexto, a riqueza, a textura, a densidade que trazem nessa questão do contexto do adoecimento e depois do que acontece a seguir o adoecimento. E isso de fato está em contramão desta psiquiatria, não sou contra a psiquiatria, talvez contra a psiquiatria alinhada a um certo modelo de sociedade. Essa questão a Camila aqui também trazia, o que está em causa aqui é um modelo de sociedade do qual, modelo técnico, a promoção de uma produtividade incessante, com que certa psiquiatria alinha. E eu creio que é essa psiquiatria que nós aqui criticamos.

Então é isso, essa psiquiatria é uma psiquiatria que desce para a experiência das suas dimensões contextuais. E nós vimos aqui bem como a questão da violência estrutural, da violência disseminada no cotidiano, como ela... como ela é importante para perceber os processos de adoecimento. E de fato aqui essa psiquiatria alinhada com o modelo produtivista de vida, o modelo tecnicizante de vida faz, é impedir-nos de compreender esses processos de adoecimento tão cheios de contexto. Nesse sentido, o que o Holmes dizia aqui sobre a poesia, a incapacidade de certos colegas da psiquiatria de terem uma compreensão metafórica da realidade da poesia, de lerem poesia, tem muito a

ver com isto também, essa visão tecnicizante do mundo que impede uma compreensão multidimensional do mundo e portanto leva a essa incapacidade de ler poesia.

### **ANDRÉS TECHERA**

Muito obrigado, Tiago. Agora... Agora, damos a palavra ao professor Paulo Amarante.

### **PAULO AMARANTE**

É um pouco, Andrés, para dialogar um pouco com o pessoal do YouTube, algumas questões aqui. Primeiro, eu queria pedir mais desculpas à Mariana, que eu interrompi naquela hora. É porque, como o Tiago fala mais devagar, o português dele, de Portugal, é mais devagar do que o português açoriano lá de Santa Catarina. E aí você fala mais rápido. E eu senti, daqui, a minha preocupação com o outro amigo, que ele estava com dificuldade. E eu queria que ele aproveitasse tudo que você falou. Eu sei que do Tiago ele já tinha ouvido bem, depois também tinha a Camila, e eu sei que é muito importante o movimento que eles estão fazendo hoje no Uruguai com a inclusão realmente dos sobreviventes, dos usuários e toda uma campanha para ele abrir um Mad in Uruguai também, lá que a gente está. Então, achei que foi muito legal.

E foi uma mesa realmente muito potente, desde da pesquisa que eu conheço, como o Tiago falou, sou consultor, ao trabalho de vocês, que a gente queria, todos os anos. Agora, eu lembrei do ano passado, teve a Rogéria Barbosa, fez um depoimento lindo aqui também. E a gente tem várias pessoas. Hoje, esse ano, tivemos também o pessoal do Loucura Suburbana, Elisama, mestre de sala, porta-bandeira, desculpe, do Loucura Suburbana. No seminário, “A liberdade é terapêutica”, homenagem aos 50 anos da psiquiatria democrática e 100 anos do Franco Basaglia. Estou falando isso porque

várias pessoas escreveram um pouco, perguntando cadê a antipsiquiatria que foi falado e etc. E eu lembrei que o Basaglia dizia que ele não era nem antipsiquiatra, não era contra a psiquiatria, ele era um psiquiatra democrático, que queria construir uma psiquiatria que tivesse ligada à questão social, à questão de gênero, à questão de raça, à questão da luta, de classes, que contextualizasse o sofrimento.

Por isso, ele propunha colocar a doença, na época se usava a doença, não testosterona, entre parênteses, para lidar com o sujeito. Eu acho que isso é um pouco, não é tudo, que vocês têm que todos concordar, mas é um pouco isso. A gente lidar com o sujeito, com o sofrimento, entender a pessoa, no seu sofrimento, na sua história, no seu contexto. Então, acho que essa é uma das questões que surgiram. A outra... Insiste o pessoal do psicodélico, perguntando o que falar dos psicodélicos. Muito importante também, é um tema que está surgindo, e eu acho que a própria pergunta já adverte que não é tirar uma droga e botar outra, ou uma substância e botar outra, ou botar um tratamento mágico e botar outro. Seja uma pilula ou terapia mágica. e colocar outro. Nós estamos discutindo aqui de como tudo tem que ser contextualizado. E, fundamentalmente, acho que a questão da Mariana também é importante, a gente tem que tomar cuidado para não ser... antiproibicionista com determinadas drogas, chamadas drogas lícitas ou ilícitas, e depois proibicionista com outras. Porque a questão está na questão do esclarecimento, do direito ao conhecimento, ao livre acesso e ao conhecimento não fraudado, não corrompido, que se tem, não enviesado por interesses de mercado etc., que botam na frente a política de mercado de consumo à questão da saúde, do cuidado com as pessoas.

Então, eu perdi aqui, sumiu aqui o meu coisa. Então, aí você fala da importância da participação. Muitos falam, dos usuários, dos sobreviventes, dos ex-sobreviventes, dos sujeitos, da sociedade, na construção desse diálogo. É isso que a gente está tentando fazer. Levar o Mad, mais uma vez, eu quero fazer propaganda, a campanha, assim, que é sem fins lucrativos, o Mad in Brasil, do Mad in Dior, de todo o Mad in Portugal, e todo o trabalho, o Iaco teve aqui três vezes, uma delas foi traduzida pelo Holmes, Jaakko Seikkula, do Diálogo Aberto, inclusive dá aula daqueles passos, daqueles pontos, os princípios do Diálogo Aberto todo. Tem muita, Olga Hansen, da Ouvidora de Voz, da

Dinamarca, presidente, fundadora lá do movimento, é do Instituto Internacional. Então, voltar a lembrar para todo mundo que está participando, que no YouTube se encontra todos os seminários anteriores, os sete seminários, todos gravados, com depoimentos fantásticos, com falas fantásticas, material absolutamente atual, porque o enfrentamento dessa questão da medicalização, da politização, é muito forte.

Existem muitos interesses aí. Então, a gente está aqui resistindo, lutando. Que bom ouvir. Camila dizendo que a primeira vez que ela virou foi um pouco aqui nesse contexto. Olga Hansen também faz o mesmo depoimento em relação ao livro do Bob. Ela conta que quando ela foi numa coisa de psiquiatria lá, um coquetel daqueles, ela conheceu o Bob, foi falar com ele e virou a vida dela. Ela é uma enfermeira psiquiátrica. Tem muito material ali. De muitos... A Laura Delano, que também esteve três vezes aqui, tem muitas dessas. em, outra coisa, falam-se, um pouquinho perguntam-se, por que a gente não fala do GAM? Que é a Gestão Autônoma do Medicamentos, a gente já teve em outros episódios também, podendo ouvir a proposta do GAM, mas é uma proposta diferente da nossa, a gente não quer, digamos, orientar as pessoas a usar bem os medicamentos, a gente quer que a política sobre medicamento seja redefinida, seja rediscutida e não, digamos, fazer as pessoas adaptarem-se ao bom uso do medicamento, porque não parte deles só, parte dos profissionais que prescrevem e tudo mais.

E, aproveitando a questão que o Rômulo falou, Rômulo também foi meu orientando aqui, eu vejo muitos orientados, ex-orientados aqui no Estado, doutorado, etc., e eu escrevi esse ano um trabalho com o Sidhartha Ribeiro, é um neurocientista, um biólogo, que estava trabalhando na nossa equipe aqui, sobre o empobrecimento epistemológico da psiquiatria. Acho que essa é uma questão importante. Então, falando daquela psiquiatria democrática, pode existir uma psiquiatria que cuide do sujeito, inclusive do sujeito sadio. A ideia é que não precisa ter doença para você fazer uma psiquiatria, trabalhar com essa ideia. Como você pode fazer psicologia, você pode trabalhar em outras formas de cuidado a pessoas em sofrimento. que pode ser não só por respostas técnico-científicas, tem outras formas de cuidado nas comunidades, nas tradições culturais, em outras formas de vida, em outras cosmovisões.

E, de fato, o que está acontecendo com o domínio do mercado na psiquiatria é

uma perda, talvez isso que o homem sinte é um pouco isso, é uma perda da capacidade de escutar, por um lado, as outras ciências, outros saberes, antropologia, sociologia, história. Por outro, as artes e a cultura. A gente trabalha muito com a importância da arte, da cultura, do esporte, de outras formas de cuidado, de ressignificar a vida, a experiência humana, que não passe por normalidade, anormalidade, tomar remédio, tomar isso, fazer tratamento, e sim de reorientar a vida. E vocês duas falam disso, muito dessa experiência, dos trabalhos que o Tiago está fazendo lá com o grupo, que lhe acompanha, que a gente sabe. Lá no Uruguai, muitas experiências também de arte e cultura. A Rádio Vila-de-Rosa tem uma rede latino-americana de arte e saúde mental muito potente, muito interessante, muito rica. Está acontecendo.

E outra coisa ainda, nessas outras formas, os saberes tradicionais. os saberes tradicionais. Eu trabalhei em Angola e Moçambique, esses locais colonizados violentamente pela colonização nossa, não é, Tiago? Portuguesa, assim como somos nós os responsáveis, nos damos conta, inclusive. Mas foram 500 anos de colonização, de violência, e eles resistiram porque conseguiram manter suas culturas, conseguiram manter a sua medicina lá, as suas formas de cuidado, os seus rituais, os seus hábitos, as suas tradições, porque a medicina ocidental chegou, assim como a religião ocidental, como as outras formas de saber, e dominaram e acabaram com aquelas formas de pensar e viver o mundo, onde entraram. Destruíram e não colocaram nada no lugar a não ser a doença, a medicalização, a pobreza e a miséria. Então eu queria fazer esse registro aqui e devolvo a você. Obrigado. Eu respondi às pessoas e falei mais do que isso. Desculpe.

## **ANDRÉS TECHERA**

Obrigado, Paulo. Olha só, mais uma pessoa que esteve aqui, que o Bob vai lembrar, que é a Tina Minkowski. A Tina Minkowski também, que esteve aqui. Eu falei do Will Howe, hoje é muita gente. Nós tivemos o Peter Lehrman, desse grupo visual, o Peter Grotscher. Pessoas que estiveram, que estão lutando, são ativistas internacionais. A



Tina Minkowski foi fantástica aqui também, é uma ótima lembrança. Também está gravada a fala dela aqui. Muito obrigado, Paulo.

### **CAMILA TEODORO**

Posso falar só uma coisinha sobre os psicodélicos, já que ficou uma lacuna sobre isso? Me preocupa, eu não sou grande entendedora do assunto não, mas me preocupa. Que a indústria farmacêutica se aproprie desse conhecimento separando as substâncias que estão nessas drogas, separando essas substâncias para poder criar medicamentos e falar que são baseados em psicodélicos e agora vai ser diferente. E acabar sendo mais o mesmo. Porque a experiência com psicodélicos envolve todo um contexto. Ela envolve rituais, ela envolve ambiente, você estar junto com pessoas. Então é muito mais do que substância. E além disso, você tem um monte de substância misturada que juntas vão ter algum efeito. E aí quando você começa a separar isso, a ver uma por uma, você começa a entrar na mesma lógica dos psicofármacos. Então, é só isso que eu gostaria de destacar.

### **ANDRÉA TECHERA**

Ô, Camila, desculpe, eu já contei o que foi na mão. Foi bom você lembrar também. No ano passado, o Sidarta fez uma fala muito profunda, muito bem fundamentada aqui sobre esse tema. Então, quem quiser também assistir. É a mesma fala do Sidartha e a fala do Krenak e outras pessoas que falam do contexto da utilização. Isso tem a ver com outra concepção do uso dessas substâncias, não aquela da extração da indústria de sal, e mais essa coisa de tirar uma, mais maravilhosa e colocar, como foi o Prozac, pro antidepressivo anterior e por aí afora. Obrigado.

Muito bem. Obrigado para vocês. Então já estamos fechando somente algumas

ideias rápidas que foram deixando as diferentes intervenções, a necessidade de construir novas narrativas, mais que nunca, pôr entre parênteses, em suspenso, os conceitos, os diagnósticos para ocupar novas pessoas de seus problemas, questionar as práticas hegemônicas, também questionar o uso e a efetividade de psicofármacos, questionar o modelo neoliberal e suas lógicas, desenvolver mais redes, mais comunidades, uma nova mirada sobre o outro.

Nós, em Uruguai, falamos de enlaces com a vida, que nos enlaça com a vida, que nos dão ganas de viver, que nos sostêm nessa vida, o valor da palavra, o fazer-nos cargo e responsabilizar-nos entre todos, das crianças e dos adolescentes, a criação de espaços de cuidado e contenção das pessoas, o acolhimento, a escuta. A companheira falava da necessidade de outros dispositivos fundamentalmente dirigidos a escutar, a sentir que somos ouvidos, E bom, para retirar as drogas eu acho que é necessário mais instituições educativas, mais redes sociais, mais clubes de bairro, assegurar condições de vida digna e um sistema de saúde que se focalize nas pessoas e em seus reais problemas. Muito obrigado, nos vemos amanhã às nove.

## MESA REDONDA

*“O uso crônico de antidepressivos e outras substâncias”*

---

### PAULO AMARANTE

Falei, em torno de quatrocentas e tantas pessoas assistindo, quatrocentas e tantas máquinas conectadas, algumas coletivamente, como foi o caso de Erechim, que parou todos os serviços, todas as cidades profissionais, usuários, todos assistindo juntos. Isso acontece muito em vários outros locais, que as pessoas aproveitam para ir em uma sala, se reunir com o telão, hoje em dia...

Eu até queria saber depois, Elson, quantas pessoas, mais ou menos, passaram, porque, além daquelas que assistiram, quantas pessoas conectaram, que assistem, às vezes, só uma fala, ficam tempo, não pode ver todo dia, mas tem uma quantidade. Depois, se pudesse me informar.

Então, vou sentar aí para começar, Elson. Formalmente, bom dia.

Estamos começando aqui o segundo e último dia desse seminário. Com muita alegria de ver tanta gente, reencontrar tanta gente, ver o auditório cheio ontem, hoje ainda enchendo, a gente sabe que de manhã tem essa dificuldade da locomoção. A ponte Rio e Niterói está parada e Ana Paula mandou mensagem que está presa na ponte.

Então, por isso, vocês sabem que eu não sou Ana Paula, a Ana Paula, quando chegar, vai assumir, eu não me apresentei, sou Paulo Amarante, e quando a Ana Paula chegar, ela vai assumir a coordenação aqui, mas para a gente não perder, como falei, nós temos uma agenda hoje lotada, cheia de atividades, aqui temos que agilizar um pouco o nosso programa.

Então, hoje, nós vamos ter, nessa primeira mesa da manhã, o uso crônico de antidepressivos e outras substâncias. Essa vai ser a nossa abordagem, sempre por essa linha que a gente tem de reflexão crítica sobre o problema do uso dos psicofármacos. E,

para essa mesa, nós decidimos aqui inverter um pouco a ordem. Nós estamos convidando Marcos Ferraz. Por favor, Marcos.

É uma satisfação, uma honra ter o Marcos aqui, que participa desde o primeiro seminário também, assistindo com a turma. A Camila, que trabalha com ele, falou ontem, fez referência à belíssima apresentação, àquela mesa emocionante que tivemos ontem à tarde. O Marcos é biólogo e psicólogo, é doutor em ciências pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, professor associado do Departamento de Farmacologia e Psicobiologia, IBRAG, da UERJ, coordenador da disciplina de psicofarmacologia e farmacodependência e coordenador do projeto Psicofarmacologia Nem Panaceia Nem Dispensável que discute a patologização da vida.

E, para fazer parte da mesa também, você já o conhece, de ontem, o Michael Pascal Hengartner. Por favor, Michael.

O Michael é psicólogo, como foi apresentado ontem, pesquisador sênior e professor do Departamento de Psicologia Aplicada da Universidade de Ciências Aplicada de Zurique, possui interesse na área de epidemiologia, saúde mental pública, psiquiatria social, psicopatologia, psicofarmacologia.

Colaborou com vários especialistas de todo o mundo em pesquisas importantes, como a do Irwin Kisch, da Universidade de Hava, e a Joanna Moncrief, da Universidade College de London, também autora de vários trabalhos. Ontem nós vimos livros, artigos de grande importância, de grande contribuição nessa área.

Bem, então, também cumprimentando o pessoal que está assistindo online, por aí, é uma satisfação estar vendo tanta gente participando. E eu vou passar, então, a palavra primeiro para o Marcos Ferraz, que vai iniciar a sua apresentação. Obrigado, Marcos.

## **MARCOS FERRAZ**

Obrigado, Paulo. Bom dia a todos, todas e todes. Eu queria primeiro agradecer ao Paulo, a Ana Paula, que ainda não chegou, a Camila, a Leandra e ao LAPS, pelo convite.

É uma honra muito grande estar aqui discutindo esse assunto que é não só importante, é fundamental. E ontem já foi uma amostra disso, foi muito bacana as discussões de ontem e tenho certeza de que hoje será também bastante interessante. Vou falar um pouquinho, então.

Eu sou, como foi apresentado, sou professor, faço pesquisa, sou muito mais professor que faz pesquisa do que exatamente pesquisador. Então vou falar um pouquinho dessa questão do uso crônico e aí eu começo com essa pergunta. Por que razão é tão difícil interromper o tratamento com psicofármacos de modo geral, mas em particular antidepressivos? E aí uma pergunta que já foi discutida bastante ontem, Podemos falar em dependência de antidepressivos? E para tentar responder essa pergunta, vou fazer outra pergunta: como os antidepressivos atuam em nível molecular?

E aí vou pedir para o pai da farmacologia, o Paul Hertz, responder para a gente como é que é isso, como é que os antidepressivos funcionam. O Paul tem essa frase, “*corpora non agunt nisi fixata*”, que ele quer dizer o seguinte: “não existe magia na droga”. Drogas não são mágicas, apesar do conceito dele de bala mágica, que era uma metáfora. Na verdade, tudo que a droga faz é ligar ou desligar um sistema que já existe no organismo.

Então, na teoria, tudo que a gente faz com a droga, a gente faz sem a droga. A questão é que a droga acelera um pouquinho o processo, se eu estou com dor de cabeça por alguma razão, não sei qual é a causa. E se eu conseguir me recolher, talvez essa dor de cabeça passe. Mas eu sou professor, eu tenho prova para corrigir, eu tenho coisas para fazer. Então, eu não posso esperar, me dar ao luxo de esperar a dor passar. Então, eu vou lá na Dipirona, aqui no Brasil. Nos Estados Unidos, Paracetamol ou coisa pior, Opioide. E o que a droga fez foi acionar um sistema analgésico que está aqui dentro, que é nosso.

Então, nessa perspectiva, vamos falar um pouquinho. Como atuam os antidepressivos? E aí vou convidar vocês a mergulhar um pouquinho na farmacologia básica, na fisiologia, na verdade. Nós estamos vendo aqui uma figura de uma sinapse, que a gente sabe que os neurônios do nosso sistema nervoso central, na maioria das vezes, não encostam no outro. A comunicação se dá por meio de uma substância química, que a

gente chama de neurotransmissor. Exatamente porque transmite o sinal de um neurônio para o outro. Então, a gente está vendo aqui um neurônio que chega à sinapse, chamado célula pré-sináptica, na verdade dois, e um segundo neurônio, um terceiro neurônio, aliás, que está recebendo o sinal. Então, o sinal que vem desse neurônio de cima vai chegar ao neurônio de baixo. Esse *neurôniozinho*, com essa *substancinha* verde, está representando a serotonina. Então, tem um neurônio serotoninérgico e, aqui em azul, um neurônio noradrenérgico. Esse neurônio serotoninérgico é capaz de sintetizar, armazenar e liberar a serotonina quando há uma demanda. Então há toda uma maquinaria enzimática que produz a partir de um aminoácido, enfim, que eu não vou entrar em detalhes.

Mas a serotonina fica armazenada nessa vesícula, assim como a nora fica armazenada na outra vesícula. E quando esse neurônio é ativado, vai entrar cálcio aqui dentro e ocorre a excitose, portanto, a liberação do conteúdo da vesícula. Essa serotonina se difunde, assim como a noradrenalina, e ela vai se ligar ao receptor específico. E aí a gente chegou de novo no Paul Ehrlich.

Na verdade, a droga atua em uma molécula do organismo, pode ser um receptor, pode ser um transportador, uma enzima, ou um canal iônico, na verdade uma proteína. Bom, essa ligação da serotonina ou da nora ao receptor é uma ligação que obedece a lei da ação das massas. Então depende da concentração da serotonina e da concentração do receptor. Como é uma ligação fraca, a serotonina liga e desliga, e enquanto ela permanecer na fenda, ela vai continuar ativando o receptor, que é na verdade mandando um sinal para a célula após sinapse. Então, para que ocorra a cessão desse sinal, existe um mecanismo biológico que remove a serotonina e a nora da fenda, que são transportadores. Vamos lembrar lá do segundo grau, transporte ativo, transporte passivo. Eu tenho um transportador chamado de SERT, que vai remover a serotonina e ela volta para a célula pré-sináptica. Outro transportador que é o NET ou NAT, como preferirem, que transporta a noradrenalina de volta para a célula pré-sináptica.

O que acontece com essa serotonina e essa nora? Dentro da célula de onde ela veio, ela é metabolizada, dá origem ao metabólico. Esse metabólico vai sair no líquido, depois no sangue, depois na urina. No caso da serotonina é o ácido 5-hidroxiindolacético. Mesma coisa com a nora adrenalina, que vai sair o metabólico final na urina, o MOPEG e

o VMA. Bom, só que parte desse neurotransmissor pode ser reciclado e voltar à vesícula.

Agora, a gente está vendo aqui os receptores na célula pós-sináptica, mas notem, tem receptores também na célula pré-sináptica. Receptor de serotonina no neurônio que libera a serotonina e receptor de noradrenalina também no neurônio que libera a serotonina. Esses receptores pré-sinápticos são importantes para a gente ter um conceito que o Michael falou ontem de homeostase. Para evitar um excesso de ativação da célula pós-sináptica, sempre que tem um excesso de serotonina aqui, ela vai ativar esse receptor pré-sináptico, em geral do tipo 5HT1, um A, um B. Isso vai reduzir o cálcio na célula pré-sináptica e inibe a liberação de mais vesículas. Mesma coisa com o receptor alfa-2 da noradrenalina, que também reduz o cálcio dentro da célula.

Portanto, quando a nora ativa esse receptor pré-sináptico, diminui a liberação de mais vesículas. E reparem como a noradrenalina regula a serotonina e vice-versa. Bom, estamos falando então de fisiologia da neurotransmissão.

Onde é que entram então as drogas nessa história? Aqui eu tenho os principais antidepressivos. Eles vão inibir a enzima que metaboliza a serotonina e nora, que é chamada de monoaminoxidase, porque tanto a serotonina quanto a nora são chamadas monoaminas, e eles também vão bloquear esse transportador. É o caso dos inibidores seletivos da recaptação de serotonina que a gente discutiu ontem aqui: fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, escitalopram e sertralina. Também, com isso, bloqueando esse transportador, é fácil entender que vai aumentar a concentração de serotonina na fenda sináptica. Portanto, eu vou ver um aumento da ativação dos receptores.

Agora, olhem aqui que também tem antidepressivos que bloqueiam o transportador de noradrenalina. A gente está vendo os tricíclicos que também bloqueiam a captação de serotonina: amitriptilina, nortriptilina, clomipramina. Os IRSN são inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina. Aqui no Brasil, venlafaxina e desvenlafaxina. Então, essas duas classes de drogas vão aumentar tanto a transmissão da serotonina como da noradrenalina. Nós temos ali também um inibidor seletivo da recaptação de noradrenalina, que é a tomoxetina. Aqui no Brasil tem sido usado como coadjuvante no TDAH, no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

A bupropiona, que bloqueia a captação de noradrenalina e de dopamina, é

também um adjuvante como antidepressivo, TDAH, e no tratamento do tabagismo, e a cocaína, que assim como a bupropiona, bloqueia tanto a captação de noradrenalina como de dopamina, então aumenta esses dois neurotransmissores. Baseado nesse mecanismo de ação é que se estabeleceu a chamada teoria monominésica da depressão. Primeiro que o nome está errado. A gente chama de teoria uma hipótese que passa pelo crivo, pela crítica, pelas evidências experimentais. E, depois de muitos anos chamando de teoria, nós percebemos que, na verdade, não há nem uma base empírica para dizer que há uma deficiência de serotonina ou de nora relacionadas à depressão. O único, talvez, marcador que a gente pode pensar de depressão, que estaria aumentado ou alterado na depressão, é o hormônio cortisol. Mas o hormônio cortisol, o meu, aumenta quando eu estou no samba. Quando eu estou numa região que tem muita gente, ou seja, qualquer situação que gerar algum estresse, o meu cortisol vai aumentar. Então também não posso dizer que é um marcador bom para a depressão o aumento do cortisol. Seria uma prova da teoria monominésica se por acaso os metabólicos da serotonina, falei do ácido 5-hidróxido acético e da noradrenalina, tivessem reduzidos na urina ou no sangue e na verdade a gente não vê isso.

Bom, então eu mostrei para vocês como atua em nível molecular os antidepressivos, aliás tem que falar de mais alguns. Os chamados desinibidores de noradrenalina e serotonina, por exemplo, drogas que bloqueiam o receptor alfa-2, como a mirtazapina, e que bloqueiam também o receptor 5-HT1A, como a Buspirona, a velazodona, além de outras ações. Então, teoricamente, por bloquearem o receptor pré-sináptico, que reduz a liberação de serotonina, essas drogas devem também aumentar a transmissão da serotonina. Mas nós temos uma outra questão também.

Se eu faço fluoxetina no meu ratinho, que eu trabalho com modelo experimental, se eu dou fluoxetina no meu ratinho ou se eu tomo fluoxetina, em uma hora a serotonina aumentou. A partir do momento que a droga alcança a circulação sistêmica, chega no sistema nervoso central, o carreador está bloqueado, o SERT está bloqueado. Só que a gente está vendo que os efeitos dos antidepressivos vão levar algumas semanas, às vezes quatro semanas, para se estabelecer algum efeito.

Então mostra que tem alguma coisa estranha, e aí eu vou precisar olhar com mais



carinho, mais de perto, o receptor. Vamos olhar os receptores e ver o que acontece então. Aqui a gente tem um modelo de receptor de monoaminas, de serotonina, dopamina e nora. A gente está vendo o ligante, por acaso o neurotransmissor ligado ao receptor. Isso muda a conformação do receptor, ele passa até a afinidade por uma proteína reguladora, por exemplo a proteína G. Essa proteína G vai levar à produção de um sinal intracelular, então a serotonina é o sinal extracelular. Por exemplo, o AMP cíclico ou o IP3 são sinais intracelulares. E o que fazem esses mensageiros intracelulares? Eles podem abrir canais iônicos, então alterando a permeabilidade da célula a íons. Podem ativar ou inibir certas enzimas e podem também ligar ou desligar fatores de transcrição. Fatores de transcrição são proteínas que vão interagir com o DNA da célula e vão regular certos genes, vão ligar alguns genes e desligar alguns outros genes. Mas por que eu estou falando isso? Está aqui um modelo que vai dizer que a serotonina vai se ligar ao receptor. Então eu estou fazendo fluoxetina, aumentei a concentração de serotonina, ela ativa o receptor vai produzir uma alteração na bioquímica intracelular, vai gerar segundos mensageiros, vai alterar atividades enzimáticas, e eu tenho efeitos. Olha que coisa linda, praticamente poesia, porque é muito simples para a gente acreditar que a coisa é só assim.

Então, a gente está relacionando serotonina à regulação do sono, do humor, do apetite. Claro, circuitos serotoninérgicos vão participar dessas funções. Mas, primeiro, não é verdade que o neurônio serotoninérgico só libera serotonina. Segundo, o receptor de serotonina pode se combinar com outros receptores e modificar completamente o sinal. Então, a coisa assim é um pouco mais complexa. Agora, a gente está falando em depressão, a gente está falando em sistema nervoso central. Vamos olhar para a serotonina no corpo como um todo. Serotonina estimula a agregação plaquetária. Serotonina tem um papel importante na homeostasia, isto é, na coagulação.

E aí uma coisa curiosa, eu ia trazer, esqueci completamente de colocar, mas eu publiquei um artigo em 2008 mostrando que pessoas com depressão têm um aumento do risco cardiovascular. Por quê? O que a gente mostrou fazendo análise sanguínea? plaquetas de quem tem depressão tendem a agregar mais do que plaquetas de quem não tem depressão. Ora, se as plaquetas tendem a agregar mais, elas tendem a formar trombos intravasculares que podem, por exemplo, ocluir a coronária, provocando um infarto algo

do miocárdio, podem ocluir uma artéria cerebral, uma arteríola cerebral, provocando um acidente vascular encefálico isquêmico. O curioso é que em 2008 eu não tinha a menor noção de que essa teoria estava errada. E eu esqueci de fazer uma pergunta, que é uma pergunta tão ingênua que eu fico com vergonha. Todos os pacientes que nós analisamos com depressão provavelmente estavam medicados com uma droga que bloqueia a captação de serotonina. Que, portanto, tem mais serotonina no meio extracelular e menos serotonina dentro da plaqueta. Então, agora eu não posso dizer, o artigo está lá publicado bonitinho em uma revista importante de cardiologia, mas eu não posso dizer se o que leva ao aumento do risco cardiovascular é exatamente o fato do sujeito ter depressão ou o fato do sujeito estar tomando antidepressivo por décadas. E aí, mais uma vez, a gente volta ao conceito de iatrogenia. Preciso repetir esse experimento em algum momento. Mas vamos voltar aqui.

Outro conceito importante que eu quero discutir com vocês é que aquele receptor da serotonina, ou da noradrenalina, ou da dopamina, ele não nasceu com a célula. Ele não está presente na célula o tempo todo. Lembrem, eu disse para vocês que a serotonina se liga ao receptor, gera uma mudança na bioquímica intracelular, ativa fatores de transcrição, que liga genes. Um gene que precisa ser ligado é o gene que expressa o receptor de serotonina. A gente está vendo aqui já na figura, lembrando lá do ensino fundamental, o retículo endoplasmático rugoso aqui embaixo, onde ocorre a síntese de proteínas. Então, a partir do momento que o gene que expressa o receptor de serotonina é ligado, Ele vai dar origem ao RNA mensageiro, que vai até o retículo, e aí é produzida uma proteína. Que proteína? O receptor de serotonina. Essa proteína então vem para a membrana, ela chega, ela é inserida na membrana, há um deslocamento lateral pela membrana, e olhem na mesma figura que esse receptor, ele também é reciclado. Porque tudo que a gente usa, gasta. Dá uma hora o receptor perde a funcionalidade, ele é removido da membrana, vai lá para o lisossoma e vai ser digerido, vai ser destruído. Então eu tenho um turnover de receptor.

Por que eu estou falando isso para vocês, lembrando esses conceitos que vocês viram já há algum tempo? Por causa disso aqui. Voltando a falar do conceito de homeostasia que o Michael falou ontem. Sempre que o receptor, que é a célula, é ativado

em excesso, e eu costumo dizer que isso é uma agressão, se eu tenho um excesso de serotonina supernormal, ou seja, que não é o natural, é induzido por drogas, sempre que eu tenho um excesso de ativação do receptor, eu tenho um excesso de sinalização intracelular, que vai levar ao desligamento do gene. Então, o gene diminui a produção de receptores. E aqueles receptores que estavam na membrana, que são retirados da membrana, não são repostos. Então, na prática, o que vai acontecer depois de algum certo tempo? Uma redução da densidade, da concentração de receptores na membrana. É o que a gente chama carinhosamente de regulação para baixo ou *downregulation* de receptores.

Bom, eu disse para vocês que a ligação da serotonina ao receptor obedece a lei da ação das massas. Se eu tenho uma redução da concentração do receptor, eu vou ter uma redução da ligação serotonina-receptor. Portanto, uma dessensibilização do neurônio. Isso está ligado à tolerância e ocorre, por exemplo, tolerância ao álcool, falando em receptor de GABA, tolerância à cocaína, falando em receptor dopaminésico, tolerância à receptor opioide, receptor mu, k, delta, provocado por opioide, morfina, heroína etc. E, claro, tolerância também relacionada aos antidepressivos.

Agora, quando eu retiro o antidepressivo, o que vai acontecer? Eu não tenho mais aquele bloqueio da captação e, portanto, vou ter uma redução da concentração de serotonina na fenda sináptica. E aí a célula fica com deficiência de sinalização. Isso vai gerar os efeitos opostos àqueles da serotonina. Isso é a base da síndrome de abstinência. Então, para citar um exemplo, para a gente entender, a heroína, a morfina, provocam miose, a pupila fica pequenininha, constipação intestinal, analgesia. Na abstinência, a opioide, o sujeito faz midríase, a pupila dilata, então fica difícil enxergar quando tem luz, diarreia e dor. Exatamente os efeitos são opostos.

Então, é fácil entender por que que na retirada da medicação, o sujeito vai experimentar uma deficiência de sinalização de serotoninérgica, que vai constituir uma síndrome. Mas entendam, eu falo brincando com meus alunos, a droga também não é tão seletiva assim como o Paul Erich queria, a atual da bala matcha, que atinge um alvo específico. Claro que não é verdade. A droga tem mais afinidade para um receptor, mas se eu aumentar a concentração dela, ela vai se ligar a outros receptores semelhantes.

Então eu vou ver também mudanças, não apenas no receptor de serotonina, mas eu posso ver mudanças em outros receptores, o que torna a abstinência mais complexa ainda, quanto maior o perfil de ativação das drogas, mais complexa vai ser essa abstinência.

Vou dar um outro exemplo agora porque o fenômeno oposto ocorre. E se eu uso uma droga que é antagonista de receptor? O antagonista funciona como bloqueador, ele vai ligar o receptor e manter o receptor bloqueado. Então, por exemplo, Os antipsicóticos usados na clínica, clorpromazina, haloperidol, os mais novos, quetiapina, lansapina, todos eles, de uma certa forma, bloqueiam receptores D2. Quando eu tenho um bloqueio contínuo do receptor, a célula deixa receber o sinal. A dopamina não consegue se ligar ao receptor, a célula não recebe o sinal da dopamina. Isso liga o gene. Então, é uma tentativa da célula. É como eu aprendi num filme, no caso, o Parque dos Dinossauros, a vida sempre dá um jeito. Então, se você bloqueia o receptor, a célula vai dar um jeito de receber esse estímulo. E aí, ligando o gene, o que a gente vai ver é um aumento da densidade dos receptores, que é o que a gente vai chamar de *up regulation*. Agora, esse fenômeno não ocorre só com o receptor.

Porque eu disse pra vocês que a droga também pode agir em, é o caso da Fluoxetina, em transportadores. Então, o que a gente observa também, com o tratamento crônico com antidepressivos, é um *up regulation* de transportadores de serotonina, do SERT. Ora, se eu tenho um aumento de transportadores, o que pode acontecer é que mais serotonina vai ser removida da fenda. Isso explicaria também alguma tolerância, e na abstinência, quando eu suspendo a medicação, se eu tenho mais transportadores de serotonina, reparem, eu já tenho menos serotonina porque não estou bloqueando a captação, só que eu tenho mais transportadores. Então eu vou ter uma redução de serotonina ainda maior, e aí é bem dentro da base que pode justificar a abstinência.

Então, de uma certa forma, os efeitos tardios de antidepressivos, mas não é muito diferente com outras drogas psicotrópicas, é dar um *regulation* do SERT, do transportador de serotonina, é o *up regulation* de receptores pré-sinápticos da serotonina e do *down regulation* dos receptores pós-sinápticos. Só que, por causa do trabalho de muita gente boa, incluindo o meu novo amigo Michael, A teoria monominésica caiu por terra. Realmente a gente não tem como defender a teoria monominésica.

E como é que eu justifico o uso antidepressivo? Se aumentar a serotonina não significa, enfim, alterar essa química que estava alterada, entre aspas, consertar essa química cerebral que estava alterada, como é que funciona o antidepressivo? Claro que a neurociência vai buscar respostas, e aí então se divulga uma nova hipótese, vou chamar de hipótese, mantendo a ética e o rigor científico, não vou falar em teoria, alguma coisa que não está tão bem estabelecida, não estou falando de seleção natural, estou falando de hipótese, que é a hipótese da plasticidade cerebral. Para a gente entender o que seria isso, vou mostrar para vocês um experimento com ratinho. Isso aqui é uma lâmina de área do cérebro, córtex pré-frontal, de três grupos de ratos. Vocês estão vendo aqui no meu lado esquerdo de vocês.

Pode notar uma coisa, o número de células ou de corpos celulares não alterou. Se a gente contar, é mais ou menos o mesmo número. Eu tenho aqui, à esquerda, ratos submetidos a estresse, o que é uma maldade que a gente faz com ratinhos. Então, o rato estressado, na esquerda. No lado direito, o controle. E, no centro, ratos que passaram pelo que a gente chama de enriquecimento ambiental. Então, é aquela caixinha de hamster, com rodinha, túnelzinho. Então, notem, o número de neurônios é o mesmo. O que mudou? Mudou a arborização, o contato com esses neurônios. Mal comparando, desculpem a brincadeira, esse neurônio aqui estressado parece aquele grupo de adolescentes, cada um com seu celular. Eles sem comunicação. E aqui do lado, no controle e no ratinho enriquecido, eu tenho excesso de comunicação.

Então, eu estou mostrando esse modelo para explicar a hipótese de plasticidade. Segundo essa hipótese, o estresse crônico, que seria a base da depressão, provocaria lesão nos circuitos, ou seja, poda dessas conexões dos dendritos, isso fazendo com que o circuito geral funcione mal. Então volta a hipótese de que o problema de depressão está no cérebro, que os neurônios não estão se comunicando. E aí quando você faz o antidepressivo, olha que mágica maravilhosa, o antidepressivo vem e conserta, isso aqui é a mesma coisa, O antidepressivo não resolve de uma vez. Na verdade, a ação dele vai para os neurônios e as células da glia, como astrócitos, por aumentar serotonina e noradrenalina. Esses neurônios vão expressar uma neurotrofina, uma substância...

As neurotrofinas como o BDNF, entre outras, vão ser responsáveis por aumentar

essa arborização, por formar novas sinapses. Aumentar dendritos e espículas sinápticas e isso recuperaria o funcionamento do sistema nervoso central e melhoraria a depressão. Aqui a gente está vendo nessa figura, além do receptor da serotonina, o 5-HT e os receptores *alfa* e *beta* da noradrenalina, a gente está vendo um *receptorzinho* ali também importante, que é o receptor associado a traçoamina. Curiosamente, esses receptores estão localizados dentro da célula e também na membrana, e eles interagem com receptores de serotonina, de dopamina e nora, regulando. E olhem quem ativa esses receptores. A psilocibina, a dimetiltryptamina, o DMT encontrado na chacrona lá do Santo Daime, a psilocibina dos cogumelos mágicos. Então, isso abre uma linha para se encontrar drogas. E aí, no caso, os alucinógenos, os psicodélicos, que vão agir em sinergismo com antidepressivos para aumentar essa sinalização de neurotrofina e recuperar o funcionamento cerebral. E aí eu lembro da apresentação do seminário de ontem, a Camila respondendo uma pergunta da plateia, coloca muito bem que se a gente pensar em pegar a psilocibina em microdose, porque olha o nome do receptor, traçoamina, não precisa de grande quantidade, é traço mesmo. Se eu coloco psilocibina numa pílula e dou para o sujeito, eu acho que não vai resolver, eu acho que é o mesmo pensamento do Sidarta e de outras pessoas que a gente vem dialogando, porque é mais do mesmo, é o tal do *me too drugs*. Na verdade, é mais uma coisa para indústria farmacêutica ganhar dinheiro, basicamente. Bom, aqui é assim, o slide saiu fora de ordem, mas é uma série de estudos mostrando que a teoria monominéstica, enfim, não... Aqui uma revisão de 2020, jogou a pá de cal na hora de reconhecer que a teoria serotoninéstica, depressão, não é fundamentada, enfim. Bom, mas vamos lá.

Eu estou falando de hipótese de plasticidade cerebral e que o antidepressivo ajuda nesse processo. E aí vou voltar à minha fala do começo. Tudo que a gente faz com a droga, a gente faz sem a droga na teoria. E aí, levantar uma coisa. Problemas, todos nós temos, aliás, até sugiro, como professor, a literatura: Kundera, García Marquez, Machado, enfim. Mas vou voltar aqui aos problemas da leoa. Ah, voltei, consegui voltar. Então, leoas têm problemas. A gente está vendo uma leoa ferida, que se recolheu, o cortisol dela aumentou. Esse aumento do cortisol vai reduzir a libido. Vai reduzir a ovulação, esse aumento do cortisol vai

mobilizar a glicose e vai reduzir o comportamento dela, ela vai ficar no cantinho dela lambendo, cuidando de si. Mas notem que as leas, os leões, são animais sociais. Então, na outra figura, a gente está vendo um apoio de rede. Aí o grupo, uma apoiando a outra. Elas têm desavenças, elas quase que se mata na hora da alimentação, mas depois fica tudo bem e tem um apoio. Então, se é verdade que a depressão está ligada à lesão de circuito, nós temos mecanismos biológicos para recuperar esses circuitos. A gente não precisa da droga, a gente precisa de apoio. Mas olhem a figura embaixo. Nós, *homo sapiens*, somos mamíferos, e outros mamíferos usam drogas. A gente está vendo um cachorrinho comendo capim. A gente está... Aqui é uma figura... Eu não entrei no artigo científico, fez uma figura meio que de divulgação. Orangotango usando planta medicinal na ferida e depois comendo essa planta. Nós usamos remédios. Na verdade, a palavra droga vem do *drug*, né? Do holandês, antigo, significa folha seca, que é como a gente, na antiguidade, guardava os remédios. desidratava a folha e ficava lá o boldo, a carqueja, aliás, tomei muito chá de bodo de carqueja quando era criança, enfim. Agora, esse cachorrinho aqui, ele sabe que se ele tomar remédio demais, ele tem diarreia. Há uma regulação instintiva da quantidade de remédio que ele precisa. Ele vai lá comer um pouquinho de capim e resolveu. E provavelmente esse orangotango e outros primatas também regulam a ingestão de remédio de acordo com a necessidade. Olha o nome, *Homo Sapiens*, olha que arrogância. A gente se considera aquele que sabe. Por que a gente não regula a quantidade de remédio que a gente precisa? Porque, claro, certamente a nossa lógica, infelizmente, talvez não a nossa aqui, mas a lógica da nossa sociedade é a lógica do lucro. é de mercado, é de vender mais, é de fazer o outro consumir mais. E, para o outro consumir mais, ele tem que acreditar que ele precisa daquilo. Eu lembro da guerra do ópio, quando os chineses não queriam comprar as coisas produzidas pela Europa. Não, tem que comprar. Como assim? Não vai comprar. Tem que comprar. Precisou expandir meu mercado. E, nessa lógica, os nossos instintos não vão ser considerados, e a gente acaba usando mais remédio do que pedido.

Isso aqui é um artigo mostrando como, aquilo que eu falei para vocês, como o uso de fluoxetina e outros inibidores seletivos da recaptação de serotonina provocam redução aqui na atividade transportada de serotonina e tem efeito

aqui na válvula mitral, tem efeito no corpo como um todo. E é uma coisa interessante porque eu dou aula de farmacologia desde 1988. Então, antes do Prozac, antes da fluoxetina. Na época, quando surge a fluoxetina, o que a gente via nos livros de farmacologia é que os antidepressivos mais potentes são os tricíclicos. Mas eles têm muitos efeitos cardiovasculares, têm efeito atropínico, têm efeito sedativo, aumenta o apetite. E aí surgem os IS, RS, que são drogas seguras, tem menos efeito cardiovascular. Só que seguro, gente, seguro, eu costumo falar isso para os meus alunos quando eu falo de medicação, falo de digestante, eu pergunto qual é a droga segura para a grávida. Nenhuma droga é segura, mas farmacologia é risco-benefício. Algumas vezes o benefício, o ganho, justifica o uso daquela medicação. Então não existe droga segura, não existe antidepressivo seguro, e claro, a gente está cansado de saber isso.

Aqui então, voltando à discussão que foi colocada ontem também, o eufemismo, um artigo do grupo importante também, mostrando a síndrome da descontinuação de antidepressivos, ou seja, a dependência antidepressivo dita de modo eufemístico. E é curioso que o artigo fala uma coisa interessante, aqui eu usei, o Holmes me chamou atenção ontem, eu adorei, porque eu uso o termo de desmame, mas agora eu sei por que eu não devo usar. Então, é assim, na verdade, o artigo fala isso, que deve-se fazer a retirada gradual, E olha que coisa legal, ele culpa a vítima. Daqui eu traduzi aqui em livre tradução. Muitos pacientes interrompem abruptamente seus medicamentos antidepressivos, precocemente, sem o conhecimento do médico. É por isso que dá abstinência, gente. Porque se o paciente não se automedicasse, não decidisse por si próprio se vai tomar ou não, se vai interromper ou não a medicação, isso não aconteceria. Claro que isso é uma mentira. Eu preciso explicar isso para vocês. Os autores usam um acróstico bonitinho para falar dos sintomas da abstinência, que é o FINIS, sintomas semelhantes à gripe, insônia, náuseas, desequilíbrio, alterações sensoriais, hiperatividade, hiperestabilidade, ansiedade. Não ficou tão bonitinho, mas eu tenho que incluir aí também sintomas semelhantes à depressão e às vezes sintomas que nem existiam antes, por exemplo, o sujeito não tinha ideação suicida, mas ele tomou antidepressivo, retira o antidepressivo e aparece ideação suicida, segundo o DSM, ideação suicida é sintoma de depressão também. Bom, aqui é a mesma coisa, vou pular isso aqui um pouquinho, só



mostrando então, assim, só para mostrar aqui.

Felizmente, a academia, felizmente, a ciência está abrindo os olhos para uma coisa que era óbvia. E aí, de 1953 a 2022, aumentou bastante o número de estudos que falam em dependência de antidepressivo. Só não pode usar a palavra dependência, que é pejorativa. Aqui estão os sintomas. O Maicon colocou isso ontem, eu resolvi colocar um pouquinho só para a gente entender. Quando o médico, quando o paciente, a pessoa que é dita paciente, atende ao médico, segue direitinho a prescrição, ainda assim ela vai ser vítima da dependência, porque a gente não está formando direito os nossos médicos. E eu falo isso como professor, eu dou aula na medicina há décadas. Esse conhecimento, para mim, é novo. Então, significa que há três anos, ou um pouquinho, 22, que eu mostro diferente para os meus alunos. Então, olha que interessante esse estudo.

Quando você faz, pega, por exemplo, escitalopran, que foi o que os autores pegaram, aliás, conhecido do Maicon, 60 miligramas por dia, o que a gente observa é, vamos arredondar, 90% do SERT bloqueado. Ou seja, eu tenho bloqueio de 90% dos transportadores de serotonina. Apenas 10% continuam fazendo transporte. Aí o paciente fala, eu quero tirar esse remédio. Aí o médico, vamos fazer uma retirada gradual. Olha como ele é ousado, ele tira 1% da dose. De 60mg passa 40mg, achando que está fazendo muita coisa. Ele passou de 90% para 85% de ocupação do SERT. Ou seja, é uma diminuição de 2% do efeito da droga. Aí passa um tempo, ele fala, não, vou tirar mais um terço. Você tomava 60, você está tomando 20mg, um terço da dose. Isso reduziu para 80% de ocupação. Ou seja, 8% do efeito da dose inicial. Aí de 20 para 10, para 5, quando chega em 5mg, o cara tomava 60mg. Ele está tomando 5. Pode tirar. Pode zerar. E aí o Maicon falou isso ontem e eu estou reforçando. Pois é, exatamente essa fase final, já que a função é exponencial, a curva é hiperbólica, é que é o grande problema, é suspender essa redução abrupta dessa fase final, é que vai levar à abstinência.

E aí, como um dos sinais da abstinência, sinais e sintomas da abstinência, inclui sintomas de depressão, o discurso é, está vendo, você continua com depressão, eu não posso tirar a medicação, porque na abstinência a gente trata a abstinência com a droga, isso vale para cocaína, para opioide, para álcool. Então, a questão é a abstinência. É recaída, enfim, e o tratamento de abstinência então é... E aí, na verdade, nós discutimos

isso ontem muito bem também, na parte da tarde, como a depressão, os chamados transtornos de ansiedade, na verdade, o que a gente faz medicando é tirando essa oportunidade do sujeito vivenciar seus sintomas.

Na verdade, vivenciar esse sintoma é um processo, é um trabalho, é um trabalho psíquico, assim como a abstinência. E aí eu quero citar, não sei quanto tempo ainda tem, Paulo? Ah, que bom. Obrigado, que bom. Então, vou pedir, fazer uma consulta de tio Freud, e ele está dizendo o seguinte, olha, melancolia e o luto *remissiona* espontaneamente. Espontaneamente não, não é espontâneo. Tem que haver um trabalho psíquico. Há que haver um trabalho, há que vivenciar o luto, há que vivenciar a melancolia, há que vivenciar a abstinência. E aí eu vi uma reportagem muito interessante, espero que a gente traduza em português, rápido, essa entrevista aqui. E essa autora fala que nesse trabalho de abstinência há um nível de desconforto que é capaz de suportar, varia de pessoa para pessoa. E aí a questão, Eu estava até conversando com o Holmes ontem.

A clínica de olhar para o sujeito, que a gente chama de paciente, é entender o quanto ele suporta esse desconforto da abstinência. Algum desconforto vai ter. E aí a autora lista algumas coisas. O paciente se sente vitimizado. Há um certo ressentimento, que é um sentimento que é normal, que acontece, com alguém que deu aquele remédio, que está causando mal. Ou porque não sabe fazer a retirada, e eu acho que boa parte, pelo menos os médicos que eu ensinei até então, eu não ensinei como fazer. E porque a sociedade, quer dizer, a grande mídia propagando o que diz a indústria farmacêutica, promete um remédio eficaz, esse remédio eficaz não existe. Muito rapidamente, isso aqui é um estudo que o nosso grupo a gente faz, avaliando meta-análise antidepressivos e, resumindo a história, nenhum estudo que a gente viu mostrou eficácia, avaliou antidepressivo por mais de oito semanas. Por que a gente prescreve mais de oito semanas? Primeiro, o nível de evidência é muito baixo. A diferença entre os efeitos do antidepressivo e do placebo é baixa. Às vezes a gente acha que é uma *forçação* de barra. Mas, ainda assim, os estudos não passam muito de oito semanas. E os antidepressivos são prescritos por décadas. Outra coisa, nenhum estudo que a gente analisou avaliou politerapia. Aliás, poucos estudos avaliaram dois medicamentos. E, em lugar comum, a

gente vê coquetel. Isso, gente, isso é *off-label*, isso saiu da cabeça de alguém que vai passando, vamos misturar aí, estou fazendo a fluoxetina, o cara fica agitado, vamos botar então um benzo, clonazepam ou alprazolam para acalmar ele, mas não está conseguindo dormir, mete uma zopiclona, uma eszopiclona para ele dormir e assim vai... Então vou pular assim por causa do tempo.

Eu queria falar muito rapidinho dessa coisa aqui, que os diagnósticos são baseados também no discurso hegemônico. Vou só lembrar dois diagnósticos aqui, a disestesia etiópica e a drapetomania, que ninguém fala mais nisso. Disestesia etiópica é preguiça de trabalhar, e drapetomania é vontade de fugir. Esse diagnóstico cabia no período da escravidão. O escravizado não queria trabalhar, ele tem uma doença mental. Ele quer fugir, ele quer ir para o quilombo, tem diagnóstico para isso também. Então, a gente entender como os diagnósticos também... Vou pular isso aqui, por causa do tempo. E mostrar só para a gente o nosso grupo. Um grupo de estudantes de medicina. Psicologia, nutrição, biologia, e que a ideia é discutir o que a ciência apresenta como evidência de efeitos psicofármacos. E o que a gente está vendo é que medicina baseada em evidência é um negócio que está passando um pouco longe da psiquiatria. Mas a gente está estudando ainda, a gente continua insistindo, esse é o nosso projeto. É isso, obrigado mais uma vez, Paulo, pelo convite.

## **PAULO AMARANTE**

Parabéns. Quero parabenizar a plateia por ter podido assistir a essa maravilhosa aula. É uma sorte estar aqui e poder assistir.

A Ana Paula chegou?

Oi, Ana. Vou passar para a Ana Paula aqui a mesa, a coordenação, para chamar o Michael. Já havia apresentado ele, Ana, mas você faça as suas contribuições.

Nesse caso, eu não preciso repetir todos os detalhes moleculares. Bom trabalho. É bom, é bom. Eu realmente adoro que essas drogas não são tão seletivas quanto as outras.

Eu vou dar um exemplo, porque a equipe Paroxetina é tão boa. Os efeitos anticolinérgicos são fortes. As pessoas pensam que é só trabalhar com serotonina. Não, isso é marketing.

Bom dia. Na verdade, boa tarde. Eu peço desculpas. A gente teve um acidente ali na ponte Rio-Niterói e eu levei uma hora só para andar menos de cinco quilômetros. Então, por isso que eu cheguei com bastante atraso aqui. Peço desculpa a todos e todas. Mas eu consegui assistir a sua palestra. Vou dizer, Marco, muito obrigada. Maravilhosa, maravilhosa mesmo. A gente vai reproduzir muito com os nossos alunos.

Acho que é fundamental a gente ter esse tipo de questionamento, e a gente sabe, como médico, como quem convive com estudantes de medicina, que se a psiquiatria, por si, já passa de uma forma meio voando e sem nenhum tipo de problematização, a farmacologia, especificamente falando dos psicofármacos, a grande maioria das universidades e isso vira um rodapé de páginas para quem tem mais interesse. Então, te agradeço muitíssimo e recomendo a todos fortemente que não cansem de reproduzir essa palestra, que vai ficar gravada no YouTube.

Na sequência, saudando aqui todos da mesa, a Michael, apresentar vocês para a fala, o Paulo já apresentou, mas Michael Hengartner, psicólogo, pesquisador sênior e professor do Departamento de Psicologia Aplicada da Universidade de Ciências Aplicadas de Zurique. que tem como áreas de interesse, objeto de trabalho, epidemiologia, saúde mental pública, psiquiatria social, psicopatologia e psicofarmacologia. Eu fui colaborador com vários especialistas em todo o mundo, incluindo o professor Ivan Kirsch, da Universidade Harvard, a professora Joanna Moncrieff, da University College London. Professor Michael, por favor, a palavra é sua.

## **MICHAEL HENGARTNER**

Muito obrigado. Sim, às vezes a conexão não é tão boa, mas você estava falando sobre mim, então eu não preciso saber disso. Acho que às vezes eu conheço a mim

mesmo um pouco, mas depende. Minha esposa me diz... Por que comecei aqui? Ok. Então, foi uma ótima conversa. Provavelmente, vocês sabem tudo sobre o que acontece no nível molecular agora, além de todas as coisas que ainda não sabemos, o que eu assumo é bastante... Muitas coisas ainda estão baseadas em teorias, como ele disse, porque é muito difícil provar, no final, o que realmente está acontecendo. E eu acho que começamos a ter algum tipo de impressão sobre o que pode estar acontecendo, mas não se enganem em acreditar nisso, porque aqui há um monte de pessoas inteligentes, pensando criticamente que todo o estabelecimento seguirá o sujeito. Porque nós dizemos que toda a teoria de serotonina foi debatida. Para nós, isso parece bem óbvio, mas vá para os departamentos acadêmicos e você verá que essa teoria é como... É por isso que nós, com meus colegas Mark e Joana, chamamos isso de teoria de zumbis. Você sabe sobre zumbis? Porque você não pode matá-los. Eles estão mortos, mas ainda estão caminhando, continuam indo. E a teoria de serotonina é um zumbi. Você sabe, você não pode matá-lo. Toda vez que você pensa, ok, dessa vez ele está morto, ele se levanta e pula contra... E continua, continua e continua. E eu sei, por exemplo, que... Ele também vem do Colégio dos Reis, eu acho, um grupo de pessoas que querem reviver a teoria serotonina da depressão, porque eu fui pedido para... eles pedem dinheiro do Serviço de Saúde Nacional no Reino Unido, e eu fui convidado para ser assessor para essa proposta.

Então eles estão planejando outro estudo, para eles é para finalmente provar que a teoria de serotonina é correta. Continuam indo, continuam indo. Eles publicaram uma peça há pouco tempo com, não sei, um monte de pessoas, talvez 20, e metade delas tinha doença de Parkinson. Eles descobriram um novo jeito, vocês devem saber desse papel, eles descobriram um novo jeito. O que eles dão às pessoas é anfetamina, certo? E aí eles mostram, eles acham a forma como eles podem demonstrar, em nível molecular, o quanto... A atividade está bloqueada no sistema *serotônico*, porque a anfetamina também atrapalha as reações *serotônicas*. De qualquer forma, eu não sou um experto nisso, vocês saberiam melhor como explicar, mas eu sou um experto na metodologia e esse estudo foi uma merda. Primeiramente, metade da amostra tinha doenças de Alzheimer e Parkinson e sabemos que essas pessoas respondem de forma diferente à anfetamina, porque, é claro, a anfetamina engatilhou as respostas dopaminérgicas e isso é um dos caminhos que levam

à doença de Parkinson. É a transmissão dopamínica que não está funcionando mais. Simplesmente por causa disso, você sabe que não há provas de que a serotonina pode provocar isso. De qualquer forma, é apenas uma anedota. O que estamos preocupados esta manhã é com o uso crônico de antidepressivos. E como todos sabemos, o consumo está aumentando e aumentando. Aqui vemos, por exemplo, a Austrália e a Alemanha. A história é repetida. Na verdade, em cada país que olhamos, vemos que há um aumento profundo, começando. Nos anos 90, tanto nas campanhas de marketing, com campanhas de vendas das farmacêuticas. Então, eles geralmente disfarçam. A grande campanha de consciência da depressão. No Reino Unido foi fortemente fundada pela indústria farmacêutica, o mesmo com uma grande campanha de consciência na Austrália, porque, no final, o que eles querem é que. Os médicos prescrevam mais drogas. Os médicos prescrevam mais drogas, então eles fornecem essa informação, então você pode, talvez, não identificar corretamente essa condição mental. Então, segurança, por favor, coloque lá droga, medicação, porque... Os médicos, os clínicos gerais são esses, os psiquiatras clínicos são os primeiros a prescrever esses antidepressivos. E essas drogas, eles são os primeiros, são a linha de frente na prescrição desses medicamentos. E agora, antes de você ter problemas de saúde, você ia para um especialista, e o especialista era geralmente um psiquiatra ou psicólogo. Agora, a maioria das pessoas vão para o GP [*general practitioner*, ou clínico geral]. Porque talvez eles não sejam expertos, mas muitos sistemas esperam que esses GPs tenham conhecimento suficiente para que eles saibam o que fazer com pacientes com ansiedade ou mau humor. Então, tem muitos problemas, né, problemas de sono, conflitos com famílias, né, marido, mulher, filhos, enfim... mas a solução normalmente é sempre a mesma: você recebe uma prescrição para uma pílula para dormir ou antidepressivo, que na verdade ajuda lá na ansiedade, na depressão, enfim. E por isso você vê esse aumento, é incrível.

E na Escandinávia, nos anos 1990, no início dos anos 2000, na Inglaterra também, que é muito interessante na Inglaterra, porque aqui parou em 2011, mas se você olhar para os últimos anos, você tem um aumento muito grande nos últimos 10 anos no Reino Unido. E, de fato, mais alto do que nos anos 1990, no início dos anos 1990. É por isso que a Inglaterra é uma das nações que mais faz uso de antidepressivos. Isso não é um

incidente, são usuários incidentais. São usuários primários, são os prevalentes que aumentaram, porque os incidentes, aqueles que são pela primeira vez, eles podem aumentar porque, claro, novas pessoas começam a usar as drogas, mas uma vez que elas começam a tomar essas drogas, a usar, elas não param mais. E essa é a prevalência que vai aumentando, essa continuação. E é isso que acontece, essa prevalência que aumenta por causa desse longo prazo nas prescrições, no uso desses medicamentos, e é isso que nós vemos também nos estudos na Suíça, junto com... ou com as maiores, talvez, empresas que fazem pesquisa e trabalham juntas e analisam milhares de pessoas que utilizam e não conseguimos ver os detalhes, as prescrições, quem recebe essas prescrições.

Nós replicamos os achados, que também vemos em outros países, e cada ano as pessoas estão usando mais e mais por mais tempo antes do preciso. E é por isso que o consumo aumentou tanto. Isso é o aumento nesse tempo da prescrição que faz esse aumento do consumo também. A pergunta é o porquê. Porque, em primeiro lugar, as pessoas estão querendo, pedindo deliberadamente. Não tem outro jeito de dizer. Eu não acho que esse é o motivo maior para que as pessoas peçam uma prescrição. As pessoas estão usando esses medicamentos e, por algum motivo, não param de tomar essas drogas. E também pode ser por várias questões. Claro que não se pode sempre fazer essa retirada. Tem alguns casos que têm mais dependências que outros. Muitas pessoas não sabem nem que dependem das drogas, porque elas nunca nem tentaram tirar. E quais são os motivos? Eu acho que isso é muito importante também. Eu acho que é muito importante se perguntar por que nós estamos tão inclinados a usar, a ajustar quimicamente o nosso bem-estar. E ontem eu já falei sobre isso, e para ser honesto, eu não sei como vocês se sentem, mas nós estamos acostumados a modificar quimicamente o nosso desempenho. Quando a gente acorda, a gente tem que tomar um café, tem que ter uma cafeína para ativar a gente. E aí, para a tarde, você toma um chá para acalmar e depois toma outro café. Aí, à noite, você toma alguma coisinha também para dormir. A gente não está acostumado com isso, aí a gente sai, a gente quer ir para uma festa, a gente toma um estimulante, aí você quer estudar, você também toma um estimulante para estudar, você tem prova, tem que estudar para caramba, então meu irmão tem uns tabletes, umas

pílulas, eu vou tomar para ajudar a gente a estudar a noite toda. E essas não são exceções. Eu acho que muitos vão se sentir familiares e acostumados, talvez, com essa situação. É só o modo como nós funcionamos, como nós quimicamente modificamos o nosso comportamento. Um outro motivo que estamos discutindo. E esse é um outro problema da era moderna. Com essa década do cérebro, a mensagem era, nós podemos reduzir a função do cérebro, só precisamos entender como o cérebro funciona e aí vamos entender esses fenômenos. E não é verdade, você não pode deduzir o que acontece mentalmente somente estudando as atividades do cérebro. É claro que a mente se origina na função do cérebro, nas atividades do cérebro, mas ainda assim. É diferente, você não pode quantificar a mente, não é quantificável, mas a fisiologia do cérebro tem parâmetros. Mesmo que a origem seja o cérebro, você não pode equalizar mente e cérebro. E esse é outro problema, porque muitas pessoas pensam que eles podem fazer isso.

Então, tudo que é mental, eu só preciso corrigir com a química no cérebro e a fisiologia no cérebro. Então, como eu conserto um videogame através do código dele? Mas o videogame é feito por códigos, você cria os códigos. E eu não tenho ideia, eu não tenho um conhecimento geral. Eu sei que são códigos que você cria. Então o fenômeno, como ele é percebido, ele é vivido de diferentes níveis. Mas, ainda assim, nós assumimos que você pode equalizar um nível com o outro. Isso faz com que a gente pense que possa achar que é fácil consertar algumas coisas. Isso é só química, porque o mundo mental é complicado, muito complicado. Nós temos que lidar com nós mesmos, com o nosso meio ambiente, com a nossa história, aprendizados, com as nossas crenças, atitudes, como nós reagimos, com o nosso tipo de mentalidade, enfim. Então, presumivelmente, as pessoas acham que tudo se resolve na química do cérebro e é mais fácil assim. E pode ser um outro motivo pelo qual tem esse aumento nessa apreciação ou favoritismo da cura química. E junto com isso, claro, nós temos esse marketing farmacêutico muito poderoso, e eu não sei como é a situação no Brasil, mas em outros países, como os Estados Unidos, vocês têm consumidores direto, campanhas de marketing direto, e todos esses cliques na televisão mostrando que... Ah, eu não sei se vocês se lembram disso, mas foi uma campanha de marketing muito boa, inteligente, Eu não me lembro pra quê, eu acho que pra um inibidor de receptação de serotonina, que era pra ansiedade no início dos anos



1990. E o slogan era, imagine ser alérgico às pessoas. Então, eles já falam dessa coisa de ser alérgico como algo biológico, né? Então, as condições mentais são, ok, você tá com alergia às pessoas, então tá aqui um antidepressivo e você não vai ficar mais alérgico às pessoas. Então, isso aí é para a ansiedade. Enfim, é claro que isso influencia o modo como as pessoas pensam. E quanto mais você vê esse tipo de marketing, enfim... Você não está com o seu cérebro quimicamente equilibrado, então, assim como você usa insulina para diabetes, você precisa consertar e readaptar, e aí em anos e anos de uso. E tem toda uma cultura desenvolvida em torno disso, essa nação *prozaquiãna*, que se torna uma coisa cultural e afeta todos os indivíduos.

Então, existem consequências e motivos pelos quais as pessoas possam buscar cura química ou para que essa cura seja imposta também a essas pessoas. E tudo tem um preço, como você disse. Não há milagres, não é mágica. Cada droga, medicamento, tem um preço, tem uma reação. Tem sempre um risco e um benefício. O problema, e isso é muito engraçado, porque a gente tem línguas diferentes, você diz benefício, o benefício significa que algo foi consertado, você tem o benefício, mas ao mesmo tempo tem um risco de efeito adverso, então você assume que o benefício é garantido e o outro é só um risco, mas de fato você pode dizer, na verdade, que tem uma chance de benefício, porque tem, de verdade, efeitos adversos. Isso é certo, não é um risco. Então, a gente pode virar essa equação ao contrário. Você tem uma chance de benefício e uma certeza de estrago. A gente pode dizer risco. Amanhã eu posso subir num avião e tem sempre o risco de que eu não chegue onde eu quero. Tem o risco. Mas é diferente se você disser que realmente vai ter um problema de verdade. Aí realmente nunca subiria num avião. Então isso modula como as pessoas pensam. E como os prescritores, se eles dissessem, você tem chance de ter um benefício e tem o risco, se nós compararmos porcentagens de problemas que são muito mais fáceis de acontecer do que os benefícios, porque normalmente você tem O número que você precisa de benefício é 8 ou 9, e para disfunção sexual eles dizem que é um 2. Então, a cada duas pessoas que se tratarem vão ter disfunção sexual, enquanto somente uma em 8 ou 9 vai ter chance de um benefício substancial pelo uso do antidepressivo. De forma mais geral, quais são as consequências? Nós sabemos de muitos estudos agora que pessoas que antes acreditavam que era uma condição a

desordem neuro-física, e que queriam usar os antidepressivos por anos, eles são muito pessimistas em relação às chances de recuperação sem a droga. É a mesma mensagem, né? Se eu tiver diabetes, minhas células não produzem insulina e eu dependo dessa insulina externa que eu vou injetar em mim, porque meu corpo não produz. Se você está convencido de que seu cérebro não produz. Não é que você pode pegar uma pílula de serotonina, mas a serotonina está ali no cérebro, só não está ativada ou sendo transmitida. Então, eles vão pensar que, tudo bem, eu preciso garantir que o meu cérebro tenha serotonina, então eu vou usar essas medicações para o resto da minha vida. Isso, obviamente, também requer uma auto-eficácia e muitos estudos estão mostrando que se você acredita ou não acredita, se você tem certeza de que Ok, eu não estou bem. Eu estou muito depressivo, ansioso, miserável, me sentindo mal. E você tem motivos. Coisas muito difíceis estão acontecendo na minha vida. Eu tive um momento de vida muito difícil e etc. Você tem uma explicação psicológica para as coisas que estão acontecendo com você no seu meio social? Você vai lidar de forma diferente com as questões do que se você disser, ah, o problema está no meu cérebro e não tem nada a ver, por exemplo, com um marido abusivo, ou um local de trabalho tóxico, ou outras coisas, ou a minha situação econômica que vai ficando cada vez mais complicada todos os anos, o futuro que eu tenho medo, por causa disso, porque como eu vou conseguir pagar meu aluguel, então você aborda esses problemas de forma diferente do que quando você fala, ah tá, é só serotonina que falta na cabeça. Você não vai provavelmente, ou não vai tentar corrigir alguma coisa que você deveria, no seu mundo social, onde você deveria estar aplicando sua atenção. Então, nós temos, claro, problemas emocionais diretamente relacionados com as ações biológicas, de efeitos de longo prazo, que muitas vezes resultam nessa apatia emocional, nessa distância apática, né? Nós não entendemos muito bem como isso funciona, mas tem a ver com algum desenvolvimento de tolerância, porque quanto mais tolerante as pessoas se tornam, mais apáticas e menos simpáticas também elas se tornam. E nós ouvimos ontem dos sobreviventes, de todos esses anos em que eles estavam sobrevivendo, mas não estavam sentindo nada. Ouvimos de muitos usuários dessas drogas de longo prazo, né, que não estão nem mais tentando. Ok, a droga foi funcionou, porque você tomou, estava muito triste, mas, ao mesmo tempo, eu nem tento mais... Sei

lá, quando eu vou para um funeral, as pessoas pensam que eu teria que ficar triste. Eu não consigo nem mais chorar quando eu vejo essas coisas. Eu não consigo nem ficar feliz quando estou numa situação feliz. Eu não sinto nada. Isso não é bom nem ruim. Essa é a apatia emocional.

E mesmo nos grupos de placebo de controle que nós temos nos nossos testes randomizados, as pessoas receberam antidepressivo. Mesmo depois de muitas semanas, nós vemos algumas escalas medem essa preocupação empática ou esse nível de reação empática, vemos a atividade no cérebro e vemos que essa atividade é reduzida em relação às pessoas que tomam placebo. Então tem uma base biológica aqui. E também existem outros efeitos fisiológicos que nós vemos com esse uso crônico de longo termo. Um é o ganho de peso. Então, é o ganho de peso. Então, a maior parte, que é um tratamento muito popular, porque inicialmente o efeito inicial, que é geralmente as pessoas com bulimia, eles precisam de prescrições, e tem problemas de alimentação. Esse efeito pode se tornar em outras consequências. Você, com o seu corpo, sente que, por exemplo, a perda de peso. Em um tempo breve, e depois de seis meses você vê que a pessoa ganha peso novamente. Então, você tem que ter um efeito de proteção. E, a longo termo, você pode ter também disfunções sexuais, que sabemos que podem estar por trás, mesmo depois que se pára com a droga. Então, tem muitas consequências que vão também aumentar o risco porque vai ter evidências dessa abstinência. Então, a importância que temos mostra que temos a dependência dessa droga e a falta dela. E nesse sistema de descontinuação, ele vai mostrar que muitas pessoas ainda têm casos mais severos de problemas físicos. Já falamos, talvez podemos falar sobre isso, o que não acontece porque a ideia era vender, como corrigir a serotonina, a eficiência da serotonina. Como eu disse antes, isso não é uma coisa escondida. Eu tive vários... Eu tive vários estudos com a Fundação de Ciência e com o Conselho de Pesquisa Europeia e uma organização de saúde. Então, vi muitas coisas acontecendo que não apareceram porque são projetos apenas iniciados. O que eu quero garantir é que ser zumbi não é isso.

Então, nós vamos voltar depois com mais força sobre esse assunto para mostrar que tem ondas que continuam vindo. Se vocês pensarem, por algum momento, nisso, essa razão nasceu? Então, talvez a serotonina seja o motivo, esse tipo de motivo é muito besta,

porque se fosse verdade, nós veríamos muitos problemas e locais que você tem uma dor de cabeça, então provavelmente a sua aspirina, você chama de aspirina aqui? O seu chá, então você tem uma falta de álcool no seu cérebro. Então, sim, essas coisas ajudam, ok? Então... Então, a coisa é que os antidepressivos não aumentam a concentração de serotonina, mas reduzem a concentração de serotonina. São drogas interessantes e a coisa interessante é que todas as outras drogas vão aumentar a serotonina e isso fosse verdade, por que uma droga que reduz a serotonina vai funcionar igual a outra que aumenta a serotonina? Então, esse seria o próximo, esse seria o perfeito argumento para você chegar e falar, não, vou parar por aqui e enterrar essa teoria. E outras coisas que nós mencionamos. Na clínica, nós não vemos um efeito antes de duas, três semanas, mas os níveis de serotonina crescem na hora. Então, depois de horas, você tem esse efeito biológico desse aumento. Mas é isso que leva a esse efeito, Por que temos que esperar tanto para esses níveis de serotonina realmente fazerem a máquina? Então, a gente fala que na depressão tudo é muito baixo, né? E, de fato, é muito engraçado porque é quase a mesma coisa. Esse é o argumento, na verdade, que foi mais hostil para nós quando publicamos a nossa revisão sobre a hipótese da serotonina. Nós somos cegos com relação à atividade dos antidepressivos e muitos psiquiatras falaram isso para a gente. Isso é muito irônico, porque se a gente olha para os dados, de fato, esse argumento mata o outro. Se você olhar para a efetividade da serotonina, essa hipótese é muito mais verdadeira? As drogas deveriam ser muito mais eficazes do que elas são, então. Mas porque os antidepressivos, já que eles funcionam, nós não podemos queimar a teoria, mas porque muitas pessoas não funcionam assim também.

Então, é por isso que nós podemos dizer que a serotonina não está envolvida tão diretamente assim na coisa. Então, só para dizer o que nós fizemos aqui, é que nós tentamos compilar tudo o que nós tínhamos, de um ponto de vista biológico, não indireto, e nós fomos acusados de ignorar estudos. Mas o objetivo era olhar diretamente para os estudos biológicos que poderiam nos dar evidência boa entre o link entre a atividade da serotonina e o link com a depressão e os antidepressivos. Então, a gente estudou a depressão da serotonina. Olhamos para o transporte da serotonina, a ativação, ocupação e esses estudos genéticos que fizeram a conexão entre as variantes

genéticas do transporte da serotonina e as pessoas que tinham que deveriam, em teoria, ter um baixo nível de atividade dos transportadores de serotonina. Então a gente compilou tudo, fpo um trabalho enorme, Então, a gente compilou tudo e foi um trabalho enorme, usamos muitas pessoas para isso, juntamos tudo o que tínhamos, você tem estudos que são seletivamente colocados aí, mas se você olha para a evidência na química, você não tem tanta evidência de que isso será verdade. Então você, todos esses estudos de transmissão e as evidências estão ali, perto do efeito zero. Então, eles não confirmam que exista qualquer ligação entre a variação genética conectada com o transporte de serotonina ou outras atividades que colaborem para riscos de depressão. Não tem nada, na verdade. E foi muito engraçado, porque as reações aqui de um lado, eu nunca experimentei nada disso. Você não pode imaginar, o telefone tocava todo dia, e mesmo que eu tivesse também outros atores sêniores ali junto de mim, um junto com os outros, mas eu recebi, mesmo que eu não fosse o autor principal, recebi tantos e-mails e telefone tocava com relação a essa coisa de não termos as evidências de que pessoas com depressão tenham concentração ou atividade de serotonina diferente de pessoas sem depressão. Então, de um lado, a mídia ficou louca com isso. Como assim as hipóteses da serotonina não têm evidência? Como que você não tem evidência? Então, é como se a gente tivesse achado vida na Marte, né? E do outro lado, muitos acadêmicos e psiquiatras por bons motivos, dizendo o que você esperava. Sempre teve... Todo mundo sabia que isso estava errado. É muito interessante ver o que acontece, porque isso é tão, obviamente, errado, e é tão chato, e é tão besta olhar para essa pesquisa. Todo mundo sabe que é falso. Mas se é verdade, então por que o público e toda a mídia ainda não sabem? Vocês já se incomodaram em dizer pra eles? Se o seu departamento sabe que isso já morreu há muito tempo, que tá errado? E nenhum acadêmico sério disse que a serotonina foi reduzida. Então, isso aí é evidentemente errado. Você pode ver que esse estudo aqui dessa revista tem um acesso aberto e eles têm muitos acadêmicos falando desses equilíbrios químicos etc. Então, temos esse livro de psicologia clínica, eu estava olhando para algumas instituições, buscando algumas universidades clínicas de psiquiatria e a pesquisa estava em Hamburgo, é Penheim, que é um uma universidade e hospital na Alemanha de psiquiatria, e olhamos para os pacientes com depressão, a

primeira coisa que disseram é que quais são os motivos para a depressão, e eles falaram que é o genético, e o segundo argumento era que era o desequilíbrio químico no cérebro. Então, o outro hospital que eu olhei, eu estava procurando no Google, né, instituições acadêmicas, hospitais, vamos botar no Google que me levou para a clínica em Cleveland, nos Estados Unidos. Então, eu procurei quais são as causas da depressão. A primeira coisa que apareceu no site foi desequilíbrio químico e a segunda era vulnerabilidade genética. Ok, né? Mas a teoria está aí, né?

Nenhuma instrução séria iria dizer que esse desequilíbrio químico causava depressão. Então, eles vivem numa realidade diferente, porque quando eu procuro as coisas, eu vejo isso em todo lugar. E eu também falo muito com os meus colegas e também médicos, né? Eles vêm para mim e dizem, ah, eu nunca ouvi isso na minha prática clínica, eu ouvi, isso tá morto. ou então eu ouvi isso no meu treinamento, na minha formação, e por isso que eu continuo falando isso para os outros médicos. E se você olha para essas universidades psiquiátricas, existe essa mensagem. Lógico que menos, muitos GPs e muitos psiquiatras continuam com essa narrativa até hoje. E eu procurei hoje, ainda tem mais de oito mil, totalmente, eu sei que é um número, Isso significa que são as menções na mídia, e você tem que procurar muito, muito, até você achar artigos científicos que tenham tanta atenção na mídia quanto esse aqui, que tem esses 8 mil acessos. E é muito interessante o que esse estudo mostra. Não para nos promover, mas tem uma parte muito interessante. Você vê o número aqui de 22 milhões de artigos que são cobertos por esse sistema. Esse número, 286 artigos que têm mais atenção do que esse. E vocês podem achar que seria algo que poderia mudar o mundo, porque temos um novo modo de gerar energia. Não é uma teoria de zumbi.

Então, se vocês estão realmente interessados em como... e da minha perspectiva acho que ainda é mais interessante do que estudar. É claro, quando você começa a fazer pesquisa, nós temos essa crença forte de que isso vai... vai ser publicado e tal, porque talvez a gente encontre alguma coisa que vai nos contradizer, mas o motivo para fazer isso é que nós gostaríamos de fazer uma afirmação forte. Tem muitos estudos que tentam provar o contrário. Então, talvez seja necessário realmente fazer esse trabalho. Mas, para mim, como pesquisador, eu ainda estou mais interessado no que acontece depois, como essa

pesquisa é percebida pela mídia, pelas pessoas e como os líderes acadêmicos reagem a isso.

Uma forma muito interessante de estudar isso é o Centro de Mídia Científica no Reino Unido, mas também tem na Alemanha. Eu não sei se isso existe aqui também. Então, eles convidam especialistas independentes para comentar sobre a pesquisa. E independentes, especialistas, são muito dependentes do dinheiro que vem dessas indústrias farmacêuticas. Então, eles não são tão independentes. Então, eles têm essa preocupação de que nós estraguemos essa narrativa que foi criada. E isso é hilário, porque esses especialistas independentes, nesses centros de mídia, estavam gritando com a gente porque era uma perda de tempo e porque éramos idiotas, porque a gente estava tentando provar alguma coisa que todos nós, todos sabíamos que estava errado. Então, e dois especialistas que vieram e disseram, não, espera aí, nós temos um estudo que realmente a serotonina falta na depressão. Então, é hilário ver a reação deles assim, tão desesperados. Eu trouxe essa brincadeirinha aqui para vocês agora, mas... Sim, de onde você vai a partir daqui? O que a gente sabe com certeza é que precisamos entender melhor... Não só o que acontece quando você usa antidepressivos e outras drogas psicotrópicas por longo tempo, porque isso claramente não foi desenvolvido para o longo prazo. Os antipsicóticos foram avaliados em testes de duas a três semanas, talvez quatro semanas, não para esses muitos anos que as pessoas estão usando os antipsicóticos.

E os antidepressivos, eles foram aprovados regularmente para quatro, tem testes de quatro a oito semanas. Quatro a oito semanas. Agora, mais da metade das pessoas estão usando essas drogas por mais de dois anos. Então, só para dizer que esse é um argumento comum que a gente ouve, né, que os reguladores avaliaram e eles disseram que as drogas são seguras e eficazes. E quando eles avaliaram, em testes bem não representativos, pequenos, de 4 a 8 semanas. Não em pessoas que têm outras comorbidades e que usam pelo menos três ou quatro ou cinco outros remédios para outros problemas e que usam essas drogas por cinco, dez anos, isso nunca foi avaliado. Então, essa coisa de dizer que isso foi mostrado que era seguro, eficaz, é errado. Então, precisamos realmente entender o que acontece depois de tanto tempo, especialmente para condições que podem... e que sabemos que tem um link biológico, por exemplo, de

função sexual e realmente precisamos de pistas sobre quais são os caminhos para intervenção e talvez desenhar tratamentos que realmente vão corrigir esse estrago iatrogênico. Então, acho que é isso. Ah, sim. eu postei isso.

Eu vou parar um pouco antes para que nós tenhamos mais tempo para discutir as coisas, né? Então, sim, muito obrigada pela sua atenção. Muito obrigada.

### **ANA PAULA GULJOR**

Mia, muito me chamou a atenção quando você traz a forma como a nossa sociedade lida com o sofrimento. Isso faz parte do nosso cotidiano, o quanto me chama a atenção quando você traz a forma como a sociedade lida com... Lida com o sofrimento. Porque o que nós vemos hoje, muitas das vezes, é uma busca duas, três semanas após a perda, é uma perda, uma vivência de luto, e isso não é possível. É uma situação... de uma maior dificuldade no cotidiano da escola, isso já vira o TDA, e vira, inclusive, como um apelido ao TDA, aquele menino mais agitado. Então, o que nós temos em que nós estamos nos transformando, que somos sujeitos com muita pouca tolerância àquilo que é o sofrimento, e isso nos coloca com uma enorme dificuldade para a superação dos obstáculos da vida.

Em contrapartida, sendo isso, a gente não pode tirar do norte que essa é uma produção do capital. Nós temos hoje, e a fala de vocês dois me passa um importante argumento, quando a gente problematiza as questões aqui no Brasil, temos o Janeiro Branco e o Setembro Amarelo, que se reportam à questão da saúde mental. Setembro Amarelo fala bastante dessa questão do suicídio. Então, esse é como se fosse o tempo, na verdade, é o tempo da promoção dos novos medicamentos. A gente evolui aqui, eu brinco, a gente evolui em surtos. Época do surto bipolar, época do surto TDAH e, por coincidência, são épocas em que há lançamentos novos de novas substâncias. Mas sei que está todo mundo querendo perguntar.



A gente vai fazendo as inscrições. Com algumas questões que já foram colocadas no YouTube, e aí a gente vai mesclando. Vou trazer algumas questões. Foram muitas, mas vou pegar duas aqui. Cadê? A Gabriela Guiar, ela traz, “as alterações que o lítio faz são similares às alterações que os antidepressivos fazem no cérebro? E como faz com a retirada em relação ao lítio?”. A Thalita Nogueira traz, como o uso de antidepressivos a longo prazo pode afetar em nível evolutivo a raça humana? E tem uma terceira pergunta, ainda nessa linha, falando sobre, da Letícia Amaral, “a neuroplasticidade possibilita a recuperação da homeostase química normal do cérebro após a retirada?” E ela complementa, depois, se seria possível a recuperação total do funcionamento normal do cérebro após os danos iatrogênicos causados pelas drogas psiquiátricas. Então eu vou trazer, por enquanto, essas três do YouTube. Enquanto isso, as pessoas vão se inscrevendo para fazer as questões aqui no presencial, por favor.

## **MARCOS FERRAZ**

Bom, posso começar? Eu queria só fazer uma colocação antes, um pouco em relação à fala do Michael, porque, curiosidade, eu entrei no site do Ministério da Saúde, porque eu estava fazendo uma pesquisa, e está escrito lá que a teoria monoaminérgica é a prova que... E, assim, alguém tem que corrigir o site. Já está bem estabelecido entre a comunidade. Claro que, como o Michael coloca muito bem, para a população, Continua sendo vendida a mesma informação. Não, precisa aumentar a sua serotonina e tal. Então é só uma observaçãozinha.

Agora, em relação às perguntas, é fácil. Eu vou dizer que eu não sei responder. Eu posso tentar começar com essa última. Bom, eu acho que o nosso organismo vai tentar corrigir sempre e entender que algumas sequelas a gente vai ficar e a gente vai ter que lidar com isso. Então, eu não sei até que ponto... À medida que a gente vai sofrendo as dores da vida, a gente vai ficando com sequelas psicológicas. E talvez algumas se traduzam para alterações na plasticidade, e que a gente vai ter que trabalhar elas.

Então, não sei dizer até que ponto a gente consegue reverter o dano. Mas o sistema evoluiu, deixar o nosso sistema nervoso central funcionando, apesar de todas as adversidades que a gente vai vivendo, todas as lesões que a gente vai tendo. Existe a cicatrização do tecido quando a gente sofre uma lesão física. Então é possível que esses mecanismos tenham evoluído para permitir o funcionamento o melhor possível e a gente vai ter que lidar com essas questões psíquicas. Claro, voltando, não individualmente, que acho que é a grande questão. Você e a pílula, não precisa de mais ninguém, é o comprimido que resolve. Na verdade, somos animais sociais, então a saída é coletiva, é o apoio de rede, acho que é um pouco por aí.

Em relação a evolução, tem um estudo interessante mostrando salmões e outros peixes usando antidepressivos, aliás o consumo de cocaína por parte deles, isso trás mudanças gente. Mudou-se a pressão de seleção então é claro que vai ter alguma evolução, só não se sabe prever o que irá acontecer e qual o resultado disso. Mas, sim, nós certamente somos afetados pelas escolhas que fazemos de medicação.

## **MICHAEL HENGARTNER**

Sim, algo me lembra, havia uma pergunta sobre evolução, certo? Mas também é importante não espalhar pânico e toda aquela coisa. Nós vemos agora que tanto antidepressivo que a gente consome, as pessoas que vivem em lugares que têm floresta e rios, até o comportamento dos pássaros mudou. Os pássaros comem, claro, coisas que... insetos e tal, que também têm altas concentrações de antidepressivos, porque estão na água. Então, eles começam a fazer danças de acasalamento. Isso foi em vários estudos. Então, isso influencia não somente a nós humanos, mas todos os outros seres, porque tem a evolução de outros seres que também é afetada por esse consumo alto de antidepressivos e a concentração de antidepressivos no meio ambiente. Então, eu acho que é algo que nós precisamos considerar, não somos a única espécie na Terra. E o que nós consumimos também afeta os animais. E alguns já mostram danças perturbadoras no

comportamento que podem ser relacionadas à concentração, porque os pássaros não tomam antidepressivos. Então, se eles têm isso no sangue, é por causa da gente. Então, eu acho que isso é muito perturbador, que também afeta outros animais.

## **ANA PAULA GULJOR**

Obrigada, Michael.

## **PARTICIPANTE NÃO IDENTIFICADO**

Obrigada pela apresentação brilhante! Eu queria perguntar sobre o consumo, se não é associado ao *modus operandi* dos laboratórios sobre os antidepressivos e antipsicóticos. Então isso é um procedimento sobre a ação em nosso corpo, isso é muito isso muito grave, porque essas pessoas têm tempo e dinheiro para pensar e nos levam a questões que se tornam morais e gravemente políticas na condução do que a gente está discutindo. A segunda questão é relativa ao cérebro funciona com uma propriedade, que é a plasticidade neuronal. A pesquisa da Joana é correta, porque a gente não tem como definir, para mais da personalização da subjetividade de cada um, a quantidade que se opera ao longo do tempo de uma substância. E a terceira coisa, a gente volta à ciência e, infelizmente, ao estudo da psiquiatria. Antigamente, nos livros, textos, nos *textbooks*, a gente já via, até diante do estruturalismo, a questão da psicogênese e da organogênese. Então, você conduzir a depressão por uma teoria única. Isso é quase um atentado contra a inteligência humana, contra tudo, não tem estudo, isso não tem nem discussão, uma coisa dessas. E, para além disso, se você observar direito essa questão da neurociência e da plasticidade, ela vai muito mais numa linha freudiana, numa linha fenomenológica, ele mesmo diz no texto que você apresentou, professor apresentou, sobre aparecer e

desaparecer. Isso daí são coisas punctionais, não são coisas que têm essa adinamia, essa coisa estática e fixa. Depois do século XV, se descobriu que a Terra não é o centro do universo e ela se movimenta.

### **ANA PAULA GULJOR**

Obrigada, Maurício. Vamos fazer mais em bloco? E sempre pedindo para todo mundo ajudar a gente a ter mais pessoas falando, a gente ser o mais sintético possível. Há dois, três minutos, assim, estourando.

### **PARTICIPANTE HOLMES**

Ana, vou ser breve. Pensando uma lógica, para ver a curva hiperbólica da retirada da dificuldade que é repetida, vou introduzir um conceito. Ah, meu nome é Holmes, eu sou psiquiatra. Introduzi, por exemplo, naquela curva hiperbólica, uma coisa que eu chamo de anomalia de Paris, talvez trabalhando uma lógica para-consistente para trabalhar na lógica da matemática. Anomalia de Paris é uma paciente que foi viajar, estava tomando todas as medicações, tinha uma sacolinha, parou para tomar um café, quando voltou, a sacolinha não estava ali. Então, de uma hora para outra, de seis medicamentos, ficou com zero. Ela estava em Paris. E funcionou. Eu chamo de anomalia de Paris. É como se fosse um sumidouro na curva hiperbólica. A gente pode passar dez anos estudando essa anomalia. E funcionou. A outra coisa é o seguinte, a palavra heterogênea, acho que é importante falar. Nove meses de gestação humana. Nós temos o Dia do Médico, que é em outubro, então nove meses até gestar o médico seria janeiro, não é isso? Proponho um mês, isso tem que ser uma proposta, um mês assim que a gente possa, de alguma maneira, marcar a presença da iatrogenia e vincular ao ato médico,

porque o primeiro princípio da medicina é o *primum non nocere*, primeiro não produzir dano. Então, é uma proposta, uma sugestão, que façamos ou o janeiro cinza ou o janeiro branco, por conta dos alérgicos que a gente não quiser identificar, vamos chamar de cinza, para não ficar... Eu sei que já temos o mês da saúde mental, janeiro. E a outra coisa é o seguinte, o antidepressivo surge, se não me engano, foi no New York Times, na década de 70, começo da década de 70, e depois disso foi uma ação de marketing mesmo, a venda decola. Goebbels foi condenado por crime de guerra. Propaganda que vai lesar é crime de guerra. As mortes estão acontecendo de uma maneira muito diluída, mas isso tem sido deliberado. Então, é uma outra abordagem, trazendo Basaglia, é um ano importante para comemorar Basaglia, que Basaglia teve uma presença política para marcar a ciência, para marcar o ser humano. Então, é importante ver isso. É crime. Propaganda dessa maneira, sabendo que vai causar dano, é crime. E a medicina é contrária disso já no primeiro princípio. Primeiro, não produzir o mal. E é isso. Falta poesia, mas falta matemática também. E não é uma lógica tão elementar. A lógica para-consistente, a do Nilton da Costa, um brasileiro que também faleceu, é belíssima para a gente entender que a contradição é aceita na lógica. É isso.

## **ANA PAULA GULJOR**

Obrigada, Holmes. Você tem a terceira pessoa para a gente completar o bloco? Se apresenta, por favor.

## **PARTICIPANTE NATÁLIA**

Bom dia. Sou a Natália, sou psicóloga, sou professora, estou com alguns alunos aqui também. Sou de Petrópolis, trabalho também no SUS. E a minha questão vem dessa

parte do meu trabalho, porque eu trabalho na proteção especial, então a gente lida principalmente com pessoa com deficiência e idoso, mas principalmente com idoso. E aí tem uma certa naturalização do que é ser idoso, enquanto categoria, associado à doença, incapacidade, falta de autonomia. Então eu vejo até, muitas vezes, colegas perguntando para os familiares, não perguntando para o idoso que está ali, não se dirigindo, como se ele realmente não fosse mais uma pessoa. Isso é uma coisa muito incômoda. E aí, pensando nessa coisa de a medicação enquanto produtora de sintoma e a velhice associada à doença, a gente vê que vem aumentando muito a prescrição de psicotrópicos pra idosos, principalmente idosos institucionalizados.

E aí a minha pergunta vem por aí, como é que a gente pode pensar essa medicação e medicalização dos idosos, se tem alguma coisa específica relacionada à idade, alguma diferença em relação a isso na produção de sintomas, que aí não vai ser associada à medicação, mas tem grande chance de ser. E como a gente pode pensar esse processo de desmedicalização dos idosos que já são considerados não pessoas dentro do seu ciclo. Obrigada.

### **ANA PAULA GULJOR**

Obrigada, Natália. Eu vou voltar aqui para a mesa, para as respostas, e depois eu acho que nós temos mais condição de fazer algumas perguntas após essas.

### **MARCOS FERRAZ**

Eu não lembro o seu nome, mas eu vou pegar um pouquinho. Concordo plenamente com o que você colocou. E vou pegar o Freud de novo, porque aqui há um lapso freudiano. Quando a gente fala de antipsicótico, quando a gente fala de antibiótico,

é alguma coisa que vai contra a bactéria. Então o nome deveria ser “antipsicose”, mas cometeram um lapso freudiano. É “anti o psicótico”, a medicação já está clara que ela vai prejudicar o passeio de águia. Então tem aí, Freud está aí, apareceu um lápis freudiano aí, mas sim, claro, propaganda, marketing. Eu sou muito ruim de datas, mas eu tenho um artigo que eu li, que agora eu não lembro nem o nome nem a data, duas coisas que eu sou ruim, mas que um sujeito veio aqui no Brasil, acho que em 1968, trazendo o tricíclico, trazendo a Imipramina se não me engano e no discurso dele, ele dizia o seguinte, é um bom coadjuvante para a depressão. Então, dos anos 70, vamos pegar, final dos anos 60, até agora, o que era um bom coadjuvante para a depressão, virou a panaceia. Ou seja, a psicoterapia deixou de ser ou se ao menos há. E eu vi isso já de pessoas da área médica. Depressão leve, psicoterapia. depressão moderada e grave, medicação. Tá, mas na área da medicação também. Então, em algum momento, a medicação, por força da propaganda, a medicação ganhou esse status, é isso que vai resolver e aí, vou concordar com o Holmes, que a gente está falando de iatrogenia, está falando de crime.

Mas aí, Holmes, o que pensar quando o Conselho Federal de Medicina recomenda remédio para verme, para tratar infecção viral? Na aula de antivirais eu falo, gente, O que trata vírus, infecção por vírus, são antivirais e não remédios para vermes. Mas, enfim, não é se conformando, não. É só o susto que a gente não pode deixar de ter. Em relação aos idosos, bom, aí a coisa fica bem complicada mesmo. Porque medicamentos precisam ser eliminados pelo fígado ou pelo rim. E a gente sabe que, à medida que a idade avança, a função hepática diminui, a função renal diminui, pacientes têm doenças cardiovasculares, então eles vão tomar outros medicamentos, então há interações medicamentosas. Então, se o uso da medicação deveria ser de curto prazo, que nem um cachorrinho comendo capim só ali para resolver aquele problema pontual dele, e com parcimônia, com o idoso tem que ser tudo dobrado. E aí, mais uma vez, eu não tenho resposta, mas eu acho que a gente precisa pensar isso com muito carinho, levantar essa discussão, ampliar esses fóruns. Porque a gente está tratando quem quando a gente dá medicação para o idoso? Claro que é tudo muito complexo. Eu estou cuidando da minha mãe, do meu pai, que tem um quadro demencial, que me dá muito trabalho. E aí, na prática, o que eu estou fazendo? Estou sedando ele, não estou chapando ele, não. Deixo ela quietinha lá, quieta a pina, tem

efeito anti-histamínico, vai sedar, enfim. E aí eu fico legal, eu posso fazer as minhas coisas, porque o idoso está lá contido, sedado. Isso precisa ser discutido. E aí, outra coisa, da autonomia, que foi discutido ontem, que é muito importante, a autonomia, é importante respeitar a opinião. Você quer medicação ou não? É isso, acho que a gente tem que avançar muito nessa discussão.

### **MICHAEL HENGARTNER**

Eu quero adicionar uma coisa que às vezes parecemos esquecer, por exemplo, essas não são drogas que só funcionam no cérebro, é claro, e a maioria da serotonina, mais de 90% da serotonina, é claro, não no cérebro, é no trato gastro intestinal. Então, claro, a primeira coisa que percebemos quando usamos essas drogas é a diarreia, náusea, essas coisas, porque a maioria da serotonina está no intestino. Então, às vezes parecemos esquecer que nós tratamos não só coisas no cérebro e no mecanismo de neurofisiologia, há diferenças em diversos níveis ao longo do corpo e cada sistema, como no plaquetograma, intestino e assim por diante.

Então eu acho que é extremamente perigoso se percebemos elas apenas como psicofarmacêuticas, que fazem coisas no cérebro, e nós esquecemos, especialmente com as pessoas mais velhas que têm muitos problemas, que talvez tenham problemas com a sangue, talvez tenham problemas com o cérebro, então tenha cuidado que essas pedras também não só têm efeitos isolados no cérebro. Falando de serotonina, e isso é outro assunto que devemos cuidar, mesmo que as drogas sejam chamadas de seletoras de serotonina, elas não têm efeitos específicos ou especificamente de serotonina. Você também mencionou isso, mas é muito importante saber que, por exemplo, paroxetina tem efeitos muito fortes anticolinérgicos. Falando de pessoas mais velhas, aumento do risco de demência. Agora temos uma droga que tem efeitos anti-colinérgicos fortes, e sabendo que esses efeitos anticolinérgicos podem atualmente ativar mecanismos causais que levam à declinação cognitiva e à demência. Muitas pessoas dizem que isso é confuso



porque a depressão é um produto da demência e o que você vê não é um efeito da droga mas um efeito da depressão na demência.

E aí eu respondo, ok, mas vamos classificar drogas antidepressivas nessa ação anticolinérgica. E por que a gente só vê essa ação, essa associação entre drogas com a paroxetina, com esse efeito colinérgico, e os efeitos são em outros lugares? Não tem sentido associar a fluoxetina para esses efeitos mais antidepressivos, se a gente acha que está conectada com a demência, então ela está sendo também causadora dessa demência. Então quando a gente fala de curva, hiperbólica, de descontinuação hiperbólica, é importante ter esses insights novos, porque estão relacionados à ação sinérgica no cérebro. E por que certas coisas acontecem? Porque alguns medicamentos têm essa vida curta, útil, né? tem efeitos que vão muito além da atividade serotoninérgica e é muito provavelmente porque é tão difícil parar. Se só olharmos o que pode ser efeito e ação serotoninérgica, nós vamos também deixar de lado muitos outros efeitos e nós somos afetados também por essas outras atividades e outros efeitos.

## **ANA PAULA GULJOR**

Pela parte do youtube, estão sendo trazidos questionamentos sobre o objetivo necropolítico da medicalização, os objetivos políticos e sociais para além dos econômicos e também sobre a falta de controle sobre o poder médico. São comentários que estão surgindo, uma síntese deles. Quantos desses medicamentos atrapalham o sistema endocanabinoide? E aí eu vou passar a pedir para o João, por favor, apresentar. Só cuidar um pouquinho do tempo, para a gente ter tempo.

## **PARTICIPANTE NATAN**

Eu vou cuidar do tempo. Meu nome é Natan, participo do coletivo Sustenta a Cannabis, então, justamente na pergunta essa, parecia interessante. A gente atende já há vários anos. Vocês estão ouvindo aqui? Já atendemos há vários anos as pessoas mais carentes realmente. É um coletivo que atende de maneira voluntária. E a gente percebe essa intoxicação das crianças, que é uma questão horrível mesmo. Crianças, idosos, a população em geral está intoxicada. E a população mais carente está mais intoxicada ainda. E a gente percebe que isso é realmente uma epidemia grave. Se fala muito da... drogas ilícitas, etc. as a epidemia grave que a gente vê realmente é a epidemia das drogas lícitas, de uma maneira muito grave. E o que a gente tem visto nesses últimos anos, de acompanhar esses pacientes, especialmente as crianças, é que a utilização da maconha terapêutica facilita a retirada dos psicotrópicos. Isso a gente tem percebido. Introduz primeiro a maconha, de maneira terapêutica, e a gente vai retirando, pouco a pouco, as drogas psicotrópicas. Eu queria apenas saber se tem algum estudo em relação a isso.

Esse é um elemento, porque a gente está fazendo de maneira empírica. A nossa prática de observação leva a que funcione. E, se você não introduz a maconha terapêutica, é muito mais difícil de retirar a medicação. Por outro lado, para as crianças é bem mais fácil. Eu percebo que as crianças suportam melhor você retirar o psicotrópico. Claro, sempre com a introdução da maconha. A outra questão, a gente vê também, quando é utilizada em gotas, com muito mais facilidade, a gente vai diminuindo as doses. o problema são os comprimidos e, sobretudo, as cápsulas. Eu queria alguma sugestão. Justamente, a gente divide em dois, em quatro, em oito, em dez, mas é uma dificuldade muito grande de você estar dividindo esses comprimidos. Se, eventualmente, a gente podia diluir esses comprimidos, se podia transformar em um líquido a partir do produto ativo do comprimido, de uma cápsula, para fazer como se fossem gotas, para poder diluir e diminuir a dose de maneira mais gradativa. Bom, é isso aí.

### **PARTICIPANTE CYNTHIA PRATS**

Bom dia. Sou a Cynthia Prats, médica. Gostaria de fazer uma pergunta para o Marcos sobre o tema psicodélico, que você comentou brevemente. Eu acompanho essa questão e vejo muita gente repetindo esse *long story short* que a gente viu com os antidepressivos. Acredito que seja por querer isolar a substância do próprio mecanismo simbólico envolvido com o uso, mercantilizando mais uma vez a visão de cura. Eu queria saber de você até onde você acha que isso pode repercutir para a gente.

### **ANA PAULA GULJOR**

Obrigada. Mais uma?

### **PARTICIPANTE ENZO**

Muito boa tarde, meu nome é Enzo. Queria trazer um tópico aqui que não foi mencionado algumas vezes, mas não foi aprofundado, que é a questão da coerção na psiquiatria. Considerando tudo que foi falado, o mecanismo de ação das drogas psiquiátricas e, principalmente, os efeitos danosos que podem ser causados, acho que fica bem evidente o caráter, o amigo falou de crime, o caráter criminoso dessas práticas coercitivas, principalmente quando a gente fala de intervenções forçadas, a prescrição de psicofármacos de modo forçado. E aqui no Brasil a gente tem isso acontecendo diariamente, não sei se diariamente, bem possível, mas enfim, que há uma lei que permite isso. A gente tem a Organização das Nações Unidas, que já manifestou que esse tipo de prática pode constituir tortura. Temos a Convenção dos Direitos da Pessoa com

Deficiência, que proíbe essa prática, essas intervenções forçadas, que o Brasil ratificou essa convenção, mas, no entanto, não adere plenamente a ela. Então, acho que isso é interessante colocar, porque imagina uma pessoa que veio até o seminário, que conhece todos esses danos, ser injetada contra a sua vontade com um psicotrópico. É algo realmente muito traumático e abominável, ao contrário dos direitos humanos. É isso. Obrigado.

### **ANA PAULA GOULJOR**

A gente vai voltar aqui para a resposta da mesa. Mas eu só queria fazer um comentário em relação ao que o Nathan coloca sobre de que forma eu tenho feito manipulação. Exceto a desvenlafaxina, que a gente não tem aqui no Rio de Janeiro, mas as outras substâncias se conseguem fazer em farmácia de manipulação e vou reduzindo pouco a pouco. É o que eu faço no meu consultório.

### **PARTICIPANTE NATAN**

É inviável. Esse é o problema. A manipulação está clara. Agora, a questão de fazer isso, uma população carente. Como é que a gente vai fazer? Já tem dificuldade de comprar o comprimido. E aí, como é que a gente faz para reduzir a dose?

### **ANA PAULA GOULJOR**

Bom, eu passo para a mesa com uma questão que é minha. A gente hoje não é só com a depressão que nós utilizamos os antidepressivos, e eu fiquei aqui me perguntando

sobre os quadros obsessivos compulsivos, que são utilizadas doses ainda bastante mais altas. Se vocês têm alguma experiência com pesquisas com essa população.

## **MARCOS FERRAZ**

Bom, obrigado pelas perguntas. Primeiro, em relação à internet, a questão do uso político, acho que é a questão de adocicar os corpos, lá que o Foucault já denunciava. Se a gente olhar, nosso grupo a gente está discutindo agora TDAH, e aí a questão dos diagnósticos TDAH e às vezes se fala em diagnóstico a partir de seis, sete anos, mas crianças de dois anos sendo medicadas para TDAH, o que é um absurdo, em um cérebro que está em desenvolvimento.

Mas a questão que me passa pela cabeça é o que a gente... Nós sobrevivemos aí das savanas africanas há duzentos e poucos mil anos atrás até agora pela diversidade da gente, para as pessoas serem diferentes. Tinha um mais atirado, vamos sair daqui da África, vamos para ocupar a Eurásia, e aquele que queria ficar. Essa diferença de pensamento, de funcionamento como pessoa, que é importante. O que o sistema capitalista faz? Ele quer, sobretudo as classes trabalhadoras, ele quer todo mundo igual. Ele quer uniformizar todo mundo. Então a questão da medicação é deixar todo mundo igualzinho, naquele mesmo padrão de funcionamento, de preferência trabalhando muito mais do que 40 horas semanais, sem dia de descanso sem essa coisa de preguiça de trabalho, nem querer fugir do trabalho. Então, eu acho que é um pouco por aí nessa questão da pergunta que foi feita pela internet. A questão política, sim, a questão política. E não vou imaginar que alguém pensou, não, vamos pensar em alguma coisa.

Não, mas as coisas, à medida que as descobertas vão acontecendo, tem sempre alguém pensando, como é que eu posso usar isso para garantir meus privilégios, para garantir, enfim, esse estado, a situação que a gente vive. É um pouco isso que penso. Em relação ao gosto, acho que a Ana Paula já explicou. Agora, sim, é uma luta nossa pelo SUS, pensando na população. É preciso que a gente produza esses medicamentos em

gotas, ou que a gente possa titular, retirar com doses diferentes. A questão do comprimido à cápsula, tem alguns medicamentos, geralmente vocês vão ver no rótulo. O nome do medicamento e duas letras maiúsculas, S-R-C-D-X, e assim por diante, significa que ele comprimido, ele tem uma técnica que ele dissolve lentamente. É o que a gente chama de medicação de liberação lenta. Por quê? Desvenlafaxina tem minha vida curta, como a paroxetina, que o Mark falou. Uma droga de minha vida curta, eu vou ter que fazer várias tomadas por dia. E aí, tomar de seis a seis horas rola, né? É muito chato, né? Só de pirônico não estou com dor de cabeça. Então, o ideal é que a gente faça, para facilitar a adesão, o que a gente chama de adesão do paciente ao tratamento, que eu faça uma ou, no máximo, duas tomadas diárias. Se a droga tem a minha vida curta, eu preciso fazer um mecanismo para que o comprimido se dissolva lentamente. E é por isso que é impossível desmamar. Deve ser muito difícil desmamar sem substituir essa droga por uma droga de minha vida longa, que é o que a gente faz com a heroína. Heroína tem meia-vida curta, então você não consegue desmamar, desmamar, desculpa, você não consegue reduzir a heroína, você substitui a heroína pela metadona, que é um opioide também, só que metadona tem meia-vida longa, então você consegue fazer a redução gradativa da dose. Então, assim, é preciso que a saúde pública faça o investimento nessas novas formulações que possam servir para a população. Mas, para isso, a gente tem que conscientizar sobre a iatrogenia, voltando aí, como crime e uma necessidade de tratar a iatrogenia. Acho que a questão passa um pouco por aí. Assim, a pergunta da Cintia, em relação a psicodélicos, perfeito, Cintia, exatamente isso. Pegar a psilocibina, pegar a dimetiltryptamina, qualquer outra substância, colocar no comprimido, sem o contexto, sem o setting, não vai resolver nada. Na verdade, a droga é um adjuvante. E claro, o ritual é muito mais rico. O ritual pode ser sem droga. É só você ir pra Paris. Mas desde que você tenha... Então, perfeito, eu acho que isso tem que ser discutido, não é colocar micro dose, é minha opinião, claro, eu não tenho vivência nessa área, não pesquiso nessa área, mas colocar micro dose disso ou daquilo para ativar o receptorzinho, eu acho que também não é a solução, a solução passa... Assim, em relação ao TOC, o modelo de TOC fala em impulsividade, circuitos dopaminérgicos, lá do estriado, que a serotonina teoricamente regularia, e aí você aumenta, mas eu não tenho experiência em estudar essa

área, mas eu sei o quanto é complicado o diagnóstico de transtorno obsessivo e, enfim, não sei, não tenho vivência nessa área para falar.

### **MICHAEL HENGARTNER**

Então, provavelmente... acho que eu entendi metade do que você disse. Vocês falam mais alto do que a tradução que eu tenho no meu ouvido. Então, ok. Eu tenho uma voz alta também. Uma coisa que eu me lembro sobre os psicodélicos e, provavelmente, algumas coisas que eu entendi é que você falou, é que você falou também nessa direção que eu quero dizer agora. Mostra o que a droga faz no cérebro e depois eles acham que isso pode ser o efeito terapêutico que pode ser usado, que você pode medir. E, no final, tudo demonstra como está enraizada esse mecanismo de reduzir questões complexas para algumas ações biológicas no cérebro, isso tem que ser ativado, isso tem que ser desativado e transporta aqui, transporta ali, e aí acontece o resultado. É algo muito complexo e o que me ilumina é que algumas pessoas, obviamente, não acham que o efeito de uma droga poderia não ser específico porque os efeitos biológicos estão ali, respondem à doença, mas isso altera o seu estado mental e altera de modo que as pessoas vejam coisas pela primeira vez de uma perspectiva diferente. Tentam entender alguma coisa, lidar com alguma coisa que elas não gostariam de lidar antes, que não conseguiam lidar antes. Então, muda esse estado da mente e algo pode acontecer. Algum abuso traumático, quando as pessoas nesse estado alterado começam a lidar com coisas de forma diferente, isso pode ter um efeito de longo termo que não tem nada a ver com a química do cérebro. Mas o que nós queremos fazer é, por exemplo, quando somos liberados de algumas correntes que nos prendem, né? E eu, pessoalmente, já experienciei certas coisas que, mesmo que elas parecem tão triviais, você começa a lidar com elas, a pensar sobre elas de uma forma diferente.

E aí você fala, ah, pois é, talvez eu pensava nisso como uma coisa tão problemática, mas agora parece não tão problemática. Eu estou vendo isso de uma forma

diferente, nesse meu estado alterado, e eu posso ver isso também como uma oportunidade, não como um problema. Então você lida diferente com essa questão. E quando nós olhamos para pessoas que... olhamos para a análise qualitativa dos testes de MDMA, em PTSD, muitas pessoas que dizem que aquela droga me ajudou a passar pela terapia, isso tem a ver com que nesse estado alterado da mente, quando eu estava com MDMA pela primeira vez, eu consegui fazer conexões com a minha criança interior, que precisava de conforto, de compaixão, e que nunca me ocorreu que eu poderia acessá-la dessa forma. Eu precisei de uma droga para ter esse acesso. Então, isso realmente foi um ponto de mudança no meu processo de cura. E eu acho que é por isso que é importante não olhar só esse efeito biológico, mas qual tipo de estado de alteração e possibilidades que elas te trazem.

### **ANA PAULA GOULJOR**

A gente encerrou as inscrições, vem aqui mais e mais gritos. Eu vou passar para a despedida dos nossos palestrantes e depois a gente vai para o intervalo do almoço. Por favor, para as suas palavras finais.

### **MARCOS FERRAZ**

Eu queria mais uma vez agradecer a Ana Paula, ao Paulo, ao Laps pelo convite. É uma honra estar aqui com vocês. Aprendi muito mais do que eu falei. E acho que tinha uma última coisa que eu queria falar, mas acho que eu não vou lembrar. Assim, da questão da droga. do psicodélico, do sistema endocanabinoide. De certa forma, tem uma frase do Aldous Huxley, que eu acho maravilhoso, do livro traduzido para o Brasil “As Portas da Percepção”. Ele fala que nós humanos, de vez em quando, precisamos de férias



químicas de nós mesmos. E eu acho que essas férias químicas podem ser compreendidas por de várias maneiras, mas eu acho que em momentos de dor a gente precisa dar uma desligada. E talvez a droga ajude isso, ajude a gente a esse entorpecimento, talvez ajude a gente a se desligar um pouquinho dos estímulos e no processo de cura. Mas entender que, nesse contexto, a droga não é a cura. A droga é um veículo, é alguma coisa que vai ajudar, que pode ajudar. A outra coisa também, em relação ao que a gente tem discutido de efeitos...

Nenhuma droga funciona em 100% das pessoas. Então os efeitos são diferentes. Por isso a questão da retirada ser mais difícil em alguns e menos em outros. Nós somos diferentes em nossa singularidade. E aí eu costumo falar em aula, brincar, que a droga mais eficaz que existe é o contraceptivo hormonal. Ele funciona em 99,9% das vezes. O que significa isso matematicamente? Que se mil mulheres tomarem a pílula direitinho, uma vai engravidar. E é o que a gente tem de mais alta eficácia. Então entender que esses efeitos estão vendendo pra gente a droga como uma solução, o psicofármacos como uma solução, como algo... Não gente, definitivamente não é. Muito obrigado mais uma vez.

## **MICHAEL HENGARTNER**

Bom. Eu penso que foi um painel muito interessante. Eu não sei como responder a essa violação dos direitos humanos. Não sei se já respondemos. Bom, porque... No final, como podemos forçar as pessoas a tomar drogas? No momento em que temos razoáveis dúvidas, e nós aprendemos sobre o problema que elas trazem, então, as origens, como funcionar sem coerção, o que essas pessoas têm as respostas para o problema, mas nós temos o que a droga causa. Você só tem que escrever sobre isso ou aquilo, sobre vacinas, por exemplo. Isso é pelo primeiro tempo que foi levado ao público.

Então, comumente, na psiquiatria, nós fazemos isso o tempo todo, muitas pessoas não estão sabendo que tem um grande segmento da população que enfrenta violações de direitos humanos o tempo todo, mostrando... Eu não posso dizer que isso é certamente

por exemplo, vocês estão em um campo especial dos direitos humanos. Atualmente, nós precisamos abolir a coerção. Quando uma coisa é dita, eu não vou esquecer, nós não temos um problema de desequilíbrio químico, mas é o poder do... Por exemplo, uma resposta a isso seria o que eu queria agradecer a todos pelo seu interesse e nós temos de falar do equilíbrio do poder e não obrigar as pessoas a tomarem o que têm que tomar para seu benefício. Porque eu estou garantindo tanto poder de decidir que a pessoa precisa de um determinado remédio? Eu agradeço a todos e nos vemos na parte da tarde. Obrigada.

### **ANA PAUKLA GOULJOR**

Agradeço muitíssimo e me sinto muito honrada por estar aqui compondo essa mesa com vocês, que tem tanta apropriação dessa discussão.

Queria aproveitar para fazer uma sugestão em relação ao Ministério da Saúde. Eu acredito que nós, como LAPS, mas podemos também está discutindo com os nossos apoiadores, a ABRASME, o CEE, o CEBES, que nós possamos organizar uma nota técnica e fazer essa comunicação. E, como referência aqui, essa discussão no evento, deixo essa proposta. O brunch está servido para quem quiser nos confraternizar aqui fora. E nós voltamos às duas horas. Muito obrigada.

O brunch está servido para quem quiser e me corrigindo, voltará às 13 horas.

## MESA REDONDA

“*Questões Contemporâneas sobre Medicalização e Mercantilização da Vida*”

---

### ANTÔNIO CARLOS MORAIS

Bem, eu estava meio que conversando anteriormente, a gente é um pouco meio que na informalidade. Eu acho que é um assunto, eu acho que o seminário por si só, a gente tem uma necessidade dessas informações, mas não podemos falar um pouco também sobre quem nós somos? Meu nome é Antônio Carlos Morais, eu sou farmacêutico industrial, sou da Fiocruz, aposentado. Tenho uma carreira profissional como tecnologista sênior na Fundação, passando por diferentes setores dentro da área da saúde, da gestão da assistência farmacêutica, INCQS, discussão de política, militante também. E com isso a gente vai aprendendo muita coisa também e se tornando um pouco... bastante ativista. Eu defendo hoje a questão da Cannabis, trabalho um pouco com ela, não diretamente em relação ao cultivo. Então, atualmente, estou na assessoria de relações institucionais da presidência da Fiocruz, que fica no campus, na expansão do outro lado. E agradecer ao Paulo pelo convite, que é um desafio, coordenar uma mesa das pessoas que nós iremos apresentar a cada uma.

Mas antes de apresentar, eu gostaria de fazer só um breve comentário, que eu acho que é importante para que se tenha mais ou menos uma discussão ampliada desse processo. Eu entendo que o termo medicalização tem diferentes dimensões e leva a sérias interpretações de questionamentos, enfim, de uma série de situações que são abordadas. Mas, como farmacêutico e sanitarista, eu não poderia deixar de fazer meu registro com relação ao processo daquilo que nós chamamos de *Big Pharma*, particularmente no que diz respeito à questão da hegemonia de mercado, porque nós temos um mercado que é o mercado público, é o sistema de saúde que nós defendemos, e o mercado privado. Não vejo que tenha ocorrido grandes mudanças das práticas

mercadológicas existentes hoje em diferentes campos, como no campo do medicamento, do ensino e da própria saúde, que eu acho que é fundamental, particularmente nessa área de psiquiatria, que já passou por uma série de processos.

Essas práticas, a meu ver, algumas situações poderiam ser mitigadas e, graças a Deus, parece que na Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde, tem um departamento de ciência farmacêutica que um dos objetivos do projeto é a questão do uso racional do medicamento. Eu acho que é uma prática que tem que ser defendida para que realmente os profissionais farmacêuticos e os demais profissionais realmente tenham essa capacidade e esse olhar diferenciado com relação ao que eu vou citar. O que é o uso racional? O uso racional foi definido em 1985, já tem um bom tempo. É uma situação em que os pacientes recebem medicamentos adequados às suas necessidades clínicas em doses, que atendam às suas necessidades individuais por um período de tempo adequado, ao menor custo para eles e sua comunidade. Eu posso mitigar isso com a atenção farmacêutica, conseqüentemente, com uma organização de sistema de saúde, particularmente no campo dos CAPS, dessa RAPS, enfim, todo um processo que a saúde merece.

Então, e também não posso deixar de citar que o mês de novembro foi o mês que caracterizou 20 anos da política nacional de assistência farmacêutica, a partir da publicação da resolução do Conselho Nacional de Saúde 3.08.2004. Isso é muito importante na maneira que nos cobra mais conhecimento, posicionamento com relação a essa questão dos medicamentos. Então, sem mais delongas, eu vou anunciar a nossa amiga Mariana\*. A Mariana é psicóloga clínica, especialista em saúde pública pela ENSP, especialista em psicopatologia fenomenológica pela Faculdade de Ciências Médicas de São Paulo, Mestre... Doutora em Psicologia Social pela UFRJ, pós-Doutorado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pelo LAPS e pesquisadora da saúde com ênfase nos estudos sobre psicopatologia clínica, crítica, aliás, e processo de medicalização. Diretora do Instituto Apple Care, falei certo? Autora do livro, “O Lugar da Cultura Contemporânea”. Então, Mariana é a nossa primeira palestrante.

## MARIAMA FURTADO

Obrigada. Boa tarde. Só corrigindo que é Mariama, esse nome diferente mesmo. O nome presente aí na missa dos quilombos do Milton Nascimento, do texto do Casaldaglia, então levo esse nome com a maior honra. Eu gostaria muito de agradecer, primeiro, o convite do Professor Paulo Amarante para eu compor essa mesa. Queria cumprimentar meus colegas de mesa, a todos e todas que estão assistindo aqui. E queria cumprimentar também as pessoas tão queridas do LAPS. Leandra, Ana Paula, Dudu, Camila, João, Matheus, enfim, toda essa roda que o LAPS reúne, que é muito especial de fazer parte. Dizer que é uma grande honra estar aqui participando desse seminário, que nas primeiras edições eu tive a oportunidade de participar também como colaboradora da comissão organizadora, quando fiz o pós-doc com o Paulo, lá no LAPS, nessa casa que é a ENSP, onde, enfim, eu fiz especialização, fiz o pós-doutorado, já dei aula aí nas disciplinas dos colegas. Então é uma alegria muito grande estar aqui nesse seminário, que eu considero da maior relevância aí para os debates sobre os desafios contemporâneos para o campo da saúde mental.

O título da minha fala, assim que eu preparei para dividir com vocês hoje, é ‘por uma clínica desnorteada, reflexões sobre psicopatologia crítica e os processos de medicalização da existência’. Então eu gostaria de trazer como colaboração para as discussões desse seminário, três principais pontos.

O primeiro, que é o que pressupõe uma psicopatologia crítica, essa é a área de estudo que eu venho me dedicando, eu e o Paulo estamos organizando um livro que vai ser lançado no ano que vem, estudos em psicopatologia crítica e fenomenologia. O segundo ponto, o que nós entendemos e o que está em jogo nos processos de medicalização da existência, e foi muito legal o Antônio ter começado falando sobre esse conceito, algo que o Paulo também trabalha no prefácio do livro que eu acabei de lançar. E, por fim, o que significa, afinal, uma clínica desnorteada.

Então, partindo do primeiro ponto, uma das principais contribuições do pensamento crítico para os estudos em psicopatologia é justamente o nosso esforço em pensar o sofrimento e pensar a existência humana para além de uma visão dualista. De uma visão fragmentada, de uma visão coisificada e de uma visão estigmatizante. E isso significa que a compreensão sobre o sofrimento psíquico, ela vai ser construída a partir de um olhar focado no campo de vida das pessoas em adoecimento. E não somente no indivíduo, em suas marcas neurológicas, separados da sua história, das suas redes de relação e do seu contexto, de uma visão individualista, ao contrário disso, o que a gente vê é que há uma negação dos contextos sociais, políticos e culturais dos processos de adoecimento.

Se a gente for ver muitos casos que são diagnosticados aí nos serviços e nos consultórios de países em desenvolvimento como a América Latina, África, Ásia, nos levam justamente a questionar essa suposta neutralidade do ponto de vista ético e ideológico. Diversos estudos também, pesquisas em psicopatologia transcultural, mostram, por exemplo, que algumas categorias nosológicas que são relevantes em uma cultura, elas podem ser totalmente inválidas numa outra.

Mas o que faz a tradição biomédica? A tradição biomédica do Ocidente se apoia numa visão colonizadora e universalista, como se todo mundo refletisse e se resumisse aos padrões da cultura ocidental, da cultura branca, da cultura eurocêntrica, estadunidense, enfim, das narrativas que vêm do Norte. Essas são as categorias estatísticas que estão presentes nos manuais diagnósticos e que desconsideram que as etiologias das doenças podem variar de acordo com os determinantes sociais e culturais. Então, vocês sabem que o DSM-III, por exemplo, ele foi lançado justamente com o propósito de tentar superar uma suposta fragmentação que se apresentava no campo psiquiátrico, criando um vocabulário único e universalmente aceito, o que sem dúvida produziu aí uma série de efeitos complexos.

Um deles que eu queria destacar aqui foi que o modelo americano se tornou uma fonte hegemônica e praticamente inquestionável das classificações dos transtornos psiquiátricos. Desde então, nós assistimos a um significativo aumento do número de diagnósticos no campo da psiquiatria que hoje abarca quase todos os aspectos da vida, de

modo que cada vez mais pessoas se tornam potencialmente portadoras de algum transtorno. Ainda sobre o DSM-III, que é bem emblemático na história dos manuais classificatórios, ele trouxe pela primeira vez a perspectiva extremamente atraente para o mercado, de que os transtornos são condições mentais intrínsecas aos sujeitos afetados. Essa versão da intrinsicalidade dos transtornos mentais, por sua vez, ela se coloca, vejam só, em perfeita convergência com uma sociedade inteiramente individualista. E que é haver essa noção de contexto, a noção de campo, a noção de ambientalidade, a noção de ecologia. E coaduna com uma lógica de mercado que, por sua vez, está ansioso por universalizar demandas e ofertas.

Porque se os sofrimentos independem dos contextos culturais, se eles são iguais em todo lugar e podem ser resolvidos da mesma forma, a gente também vai poder usar o mesmo remédio vendido em qualquer farmácia de qualquer lugar do mundo. Então, se trata verdadeiramente, a meu ver, de uma psicopatologia colonial, que é construída a partir de uma narrativa hegemônica que desconsidera especificidades de cada campo, de cada cultura, e que é sedimentada numa perspectiva opressora, numa perspectiva totalitária, que se exerce no domínio da razão sobre a loucura e na padronização dos estilos de vida que são considerados aí os estilos de vida normais. E aí é nessa perspectiva que o cuidado com o sofrimento, ele diz, considera em absoluto perguntar sobre a sociedade. Interrogar sobre os nossos modos de viver, sobre as patologias do laço social, sobre as patologias do viver junto. E aí quando a gente individualiza a causa dos transtornos mentais, nós colocamos a responsabilidade sobre cada sujeito por governar melhor a sua vida, por controlar melhor os seus afetos e de preferência pra voltar a ser capaz de funcionar da melhor maneira pra essa engrenagem aí global.

E aí eu queria lembrar que isso foi o que a Hannah Arendt, que é uma autora que eu gosto muito de trabalhar, visionariamente criticou, chamando de psicologias do deserto. Que são justamente essas versões de tratamento, nas quais a nossa condição existencial mais profunda, ela não está integrada, ela não está considerada. Ela fala que são formas de saber específicas que se submetem a ajustarem os pacientes às condições do deserto, por isso psicologias do deserto, sem perguntar sobre essas condições e sem criticá-las. Sem interrogar que viver no deserto é padecer de escassez. Viver no deserto é

padecer de apatia. Ela diz, o perigo reside que a gente se torne verdadeiros habitantes do deserto e passemos a nos sentir à vontade nele.

Nós vivemos na cultura contemporânea, não é? Uma falta de mundo, uma propagação desse deserto. Mas nós não podemos viver nas condições do deserto sem algum tipo de defesa, sem alguma proteção para isso, sem algum preparo. E é assim que nós estamos perdendo a nossa capacidade de sofrer, de sentir, de inventar estéticas para o vazio. E esse é um dos pontos que eu discuto aí nesse livro lançado pela Sumos, “O Lugar do Sofrimento na Cultura Contemporânea”.

Mas voltando lá à questão do deserto, o deserto que nós vivemos, ele não tá dentro de cada um como um problema intrínseco relativo à sua bioquímica cerebral. Isso porque o primeiro problema e sofrimento de alguém, ele tá sempre na relação com o mundo. É sempre na relação com o outro. A condição das nossas dores está absolutamente ligada ao mundo. Portanto, o ser não é a origem do deserto, mas sim o mundo e as relações que se constroem nele. São as nossas dores, elas nascem da relação com o mundo. Nós adoecemos e nos curamos nas relações. Não é à toa que nós somos profissionais de saúde mental. Nosso trabalho é que nessa relação a gente possa fazer alguma coisa curadora. Então, ao contrário disso, há uma funcionalização do sofrimento dentro da lógica do mercado, que por sua vez vem de uma promessa, muito tentadora também, de que se a gente não questiona o caráter desértico do mundo que nós vivemos, e se nós nos encheremos de pílula de felicidade e de apatia, nós ficaremos bem.

Contrariamente, nós entendemos, estou tentando aqui defender essa ideia e depois ouvir o que vocês acham também sobre isso, que existe uma potência política nesse sofrimento existencial que se questiona quantas andam o mundo e não somente o indivíduo. Muitos sofrimentos são manifestações que regem e que reagem ao caráter desértico do mundo. São exemplos disso, o burnout, TDAH, as depressões, as ansiedades. Na medida em que nós patologizamos todas as esferas da vida, nós estamos concomitantemente, acho que vocês percebem isso também, experienciando as sociedades mais ansiosas e deprimidas da história. E aí é curioso que assim, não tem nada a ver que o estado de bem-estar ruiu. Não tem nada a ver que não existe moradia, não tem nada a ver que a geração Z e milênio estão derretendo o cérebro horas e horas nas redes



sociais e nos celulares, não tem nada a ver com a falta de seguridade social, não tem nada a ver que o tecido social está esfacelado e que a sociedade está líquida, não tem nada a ver com a uberização das relações de trabalho, com a precarização, não, não tem nada a ver.

Se você tá aí ansioso e deprimido, é a química do seu cérebro que tá desregulada. Então basta fazer essa devida regulação química que nós caminharemos rumo à felicidade. Mas o que a gente tá dizendo é que reduzir o ser humano a essa máquina química é uma visão mercantilizadora da vida, que é a pauta dessa mesa aqui. E ela só produz morte e exclusão. Ela é uma necropolítica, como já foi falado aqui na mesa da manhã. E é importante sublinhar isso, porque vejam só, os sofrimentos, eles não são iguais pra todo mundo. E isso por diversos motivos. E tampouco eles são isoladamente intrapsíquicos, mas eles se configuram a partir de alguns marcadores presentes nesse campo. E tem mais. Algumas pessoas e corpos, como pessoas trans, refugiados, mulheres, pessoas negras e negros, indígenas, quilombolas, pessoas pobres, pessoas LGBTQIA+, pra dar alguns exemplos, são corpos que sofrem também causados pelos sistemas de opressão, violência e exclusão.

Então, não levar em conta essa contextualização do campo e o quanto os marcadores étnicos, raciais e de gênero participam aí da produção de sofrimentos, resulta numa compreensão que é superficial e individualista dos problemas de saúde mental. Nós pensamos que, necessariamente, uma psicopatologia que se pretende crítica ela deve ser pautada numa escuta clínica interseccional. Isso porque os sistemas de violência, eles não operam na solidão de um único marcador, mas da interrelação entre eles. Não existe uma origem do sofrimento que gera todas as opressões, mas elas se relacionam umas com as outras, elas se interseccionam. Então, voltando lá para a história do deserto, porque eu me apeguei a essa história?

O deserto não está na gente. Nós é que estamos habitando o deserto no mundo, e quanto mais nós sedamos a dor, menos nós seremos capazes de questionar o deserto, o caráter desértico do mundo e o totalitarismo dessas versões patologizantes dos modos de ser e de resistir a essa visão, que é uma visão monocromática das identidades que são ditas normais. Quando a gente fala mundo, mundo é discurso. Mundo é pluralidade de

vozes. Quando a gente está discutindo processos de subjetividade, mundo não é planeta Terra. Mundo é essa caleidoscopia de possibilidades. E a vida aponta para muitas formas de ser. Estar na vida é exercer a ação entre os outros. E agir é poder também introduzir algo novo no mundo, trazendo para o mundo aquilo que ele ainda não contém.

Então, pensando os processos de medicalização da existência, esses apontamentos nos lembram de jamais qualificar como patologia aquilo que é efeito de múltiplas violências que abatem corpos que habitam não lugares. Sofrimentos que derivam das relações de poder, violência, eles não podem ser confundidos com patologias intrapsíquicas e com desregulação neuroquímica. Mas, na esfera das disputas de poder, fica muito mais fácil colocar a origem de sofrimento no indivíduo, porque se o sujeito é culpado, a gente alivia a pressão sobre a sociedade. A gente alivia a pressão sobre os valores que norteiam as relações e os modos de vida adoecedores do sistema capitalista. Então, a gente não precisa mudar nada no campo, porque esse é o indivíduo que precisa ser tratado. Então, eu considero importante definir isso, que o conceito de medicalização da existência ele nada tem a ver necessariamente com ser contra o uso do remédio nas situações onde ele se coloca de forma adequada ou contra as categorias diagnósticas. A medicalização ela é, e o Paulo define isso muito bem no prefácio, abre o livro com essa discussão e eu acho muito importante precisar disso, porque ele é o movimento de tornar patológico dores e afetações que são partes da vida, mas, além disso, não se trata somente de tornar doenças aspectos da existência.

Ao meu ver, a medicalização é fundamentalmente esse processo de apagamento dos determinantes sociais dos sofrimentos emocionais, individualizando como doença neurobiológica aquilo que é uma patologia do laço social. Uma patologia do campo de interações no qual aquela pessoa está inserida e muitas vezes até submetida, de tal maneira que esse ato de tornar patológico produz uma inversão, atribuindo a fatores intrapsíquicos ou cerebrais a origem de sintomas que emergem como manifestação daquele organismo frente a um campo que é adoecedor também. A gente sabe que nenhum sintoma se estrutura de forma aleatória. Não é? Nós não adoecemos à toa. Além disso, o sintoma, ele também é uma forma que nos protege. Ele é um pedido de ajuda de alguma forma. Mesmo diante de situações que são desorganizadoras, o organismo ele tá

sempre buscando o melhor recurso disponível naquele momento, tendo em vista que ele ainda não consegue se relacionar com o mundo de outra maneira.

Então, não são doenças abstratas que ganham um corpo coisa, mas são pessoas histórias que adoecem. E pensar unicamente em doenças mentais é assumir uma visão antropológica na qual a doença é uma certeza absoluta. E o Thomas Szasz já estava lá na década de 60 falando sobre isso, ao mesmo tempo em que passa a ser entendida como uma abstração desencarnada, totalmente descorporificada do mundo vivido. E vocês sabem que a história dos manuais diagnósticos ela é justamente marcada por uma saída dos modelos psicodinâmicos e fenomenológicos de explicação dos sofrimentos psíquicos e por uma progressiva expansão e hegemonia do que nós entendemos ser o modelo biológico pragmático de classificação do transtorno mental. Se vocês forem pensar assim, o próprio emprego da noção transtorno, pra se referir à experiência de sofrimento, ela é a evidência de um profundo empobrecimento conceitual que a gente tem observado ao longo das revisões desse manual e que busca enfatizar a medida da eficiência do comportamento com uma pretensão objetiva.

O discurso presente nesse manual acaba produzindo uma linguagem totalitária que exclui a pluralidade de posições em relação à compreensão dos quadros clínicos. Isso é que se propõe uma visão crítica. O que acontece é que os manuais eles vêm impondo uma maneira de descrever os processos de adoecimento mental como sendo os únicos, o correto, o mais científico, o mais verdadeiro. E o que importa dentro dessa preocupação que eu tô nomeando aqui como uma... uma preocupação epistemológica decolonial e crítica, que embasa uma perspectiva crítica em psicopatologia, é justamente se deslocar desses centrismos, movimentar essas concepções que se pretendem universais e, por fim, rejeitar absolutamente essa fatídica hierarquia entre os povos. Porque esse nivelamento, dentro e fora, ele é o alicerce das manicomializações. Nós temos que ter um imenso cuidado clínico pra não patologizar esses corpos e excutar as suas múltiplas dimensões de sofrimento.

Ao pensar as formas de sofrimento como doenças mentais, nós acabamos subtraindo do sofrimento todo o seu sentido existencial, toda a sua experiência singular, toda a sua historicidade, quando ele é capturado e classificado como um transtorno ele

deve ser apenas corrigido. E nós acreditamos no exercício de uma clínica em saúde mental que não seja só uma mera técnica de remoção aí dos sintomas. Ao contrário, nós apostamos no fazer clínico vivo, que promova o encontro, que envolva cuidado mas também abertura. É por isso que, por esse conjunto de coisas que nós entendemos que nós precisamos de menos categorias diagnósticas, não de mais categorias diagnósticas. Eu entendo que resistir aos processos de medicalização, sustentar uma postura crítica, que tenta não ceder às demandas do mercado, que tenta não ceder às demandas acadêmicas hegemônicas, aos discursos excludentes, não é uma tarefa fácil. Seguramente não é.

E o LAPS, foi dito aqui no primeiro dia, um verdadeiro guerrilheiro dessa luta e dessa resistência. Porém, nos parece ser justamente o coração do compromisso ético, da perspectiva que embasa o movimento da luta antimanicomial. Nos nossos passos, nos estudos em saúde mental, eles, a meu ver, devem estar sempre sustentando um sinal de alerta pra nós não cairmos nas psicologias do deserto. Os saberes psis críticos, eles se constroem. justamente com olhos abertos para esses discursos que se colocam como verdades inimputáveis, que engessam identidades fixas e que procuram abrigos, muitas vezes covardes em epistemologias neurocentradas, para parecerem mais legítimas, sem questionar os próprios critérios de legitimidade. Que eu acho que foi, por exemplo, que brilhantemente fez o Robert Whitaker lá no “Anatomia de uma Epidemia”, quando foi fazer assim, ‘não, vem cá, deixa eu entender quais são os critérios de legitimidade desse discurso. Quem fez essa pesquisa? Como ela foi feita? Ela foi patrocinada por alguma indústria farmacêutica? E aí como é que se dão os vínculos éticos entre esse patrocínio?’.

Por fim, falando do nosso último ponto, É preciso estar atento e forte, já cantava o Caetano. E é por isso que eu proponho aí uma clínica desnorteada. O que isso significa? Desnortear a clínica em saúde mental é compreender os modos pelos quais nós sofremos e construir sentidos sem, com isso, encerrar o outro em supostas certezas. É acompanhar a dor e perceber em que sentido elas se parecem com outras dores. E é isso que a gente entende quando estuda o pathos, quando faz psicopatologia, mas também de que maneira elas se diferenciam absolutamente e radicalmente na sua singularidade. Então, a ideia de desnorteamto, ela faz uma alusão ao descentramento das narrativas que vêm do norte, como se elas fossem o ponto de referência do mundo, de tal maneira que a gente possa

propor outras geopolíticas epistemológicas. E também, se vocês forem ver, a palavra desnortear se remete também à ideia de perder a razão, ficar desnorteadado.

Então que nós possamos também transitar em epistemologias inclusivas, que aceitam os nossos diversos modos de sermos loucos, desnorteados, vulneráveis, afetivos. Epistemologias que saiam em defesa das diferenças. Porque, afinal de contas, Nós nos encontramos justamente no ponto onde tanto eu quanto o outro somos vulneráveis. Nós sentimos, sofremos, elaboramos um sentido pra tudo isso, ninguém escapa disso. Nós não temos como arrancar a vulnerabilidade da vida. Mas nós podemos produzir sentidos que façam essas vulnerabilidades valerem mais a pena do que a apatia, do que a indiferença, do que a autossuficiência, do que não habitar o entre, do que padecer de mundo. Que são sentimentos inclusive típicos do capitalismo avançado que nós vivemos. E parece que os sentidos da vida....eles não são inventados solitariamente, eles são inventados solidariamente, na relação com o outro. É nessa dimensão sensível que nos conecta, que faz com que a gente garanta alguma humanidade. O contrário disso é flertar com a banalidade do mal, como a Hannah Arendt já falou, e que nós passamos nas trevas do nosso recente tempo, e aí se torna tudo muito perigoso no viver junto, porque aí já não tem mais eu, nem outro, nem mundo, a gente vive o próprio deserto.

E nós, para fechar, como profissionais de saúde mental, nós, a meu ver, somos mensageiros dessas sensibilidades. Que resgatam o sentido de que as vulnerabilidades, e lembramos a todo, que apesar de elas doerem, elas valem a pena. E que nós podemos respeitar, acolher e cuidar delas. E aí, pra terminar, mesmo, mesmo, mesmo, eu queria só ler um pequeno trecho aqui do livro, pra de alguma maneira convidar vocês pra ele também. que diz o seguinte:

“Eu acredito que manter a nossa condição sensível é uma forma de resistência em tempos de ódio, desesperança e dessensibilização. O desassossego é revolucionário. Resistir nos dias que correm é seguir inventando mundos mais fundos, com profundezas nas quais caibam as nossas delicadezas. Seguir admirando a poesia, rindo alto com alegria, fazendo roda de samba”, que nem o Paulo vai fazer aqui no final desse seminário, “passeando descalço nas florestas, desfrutando dos encantos paradisíacos, onde repousamos o tempo e bebemos o fim de tarde. A balbúrdia é o nosso abrigo para a dor

das queimadas. Ao flunar num tempo sem objetivo, nos tornamos mais úteis na construção das nossas humanidades, porque, como diz o João do Rio, flunar é perambular com inteligência, nada como inútil para ser artístico. Afinal, os arautos da violência e da desumanização, eles não suportam a nossa capacidade de sermos artísticos. Então, precisamos preservar um mundo no qual caiba a grandeza das nossas infâncias e todas as formas de rir das miudezas. Um mundo capaz de abrigar mais Manoéis de Barros. Enquanto isso, que possamos seguir acreditando que ainda é possível lutar como Marielles, nem que para isso a gente precise resistir bacuralmente”. Obrigada.

### **ANTÔNIO CARLOS MORAIS**

Para quem está na mesa, como eu aqui, se concentrando com relação a sua fala... vou passar para o Artur e apresentá-lo. O Artur Cardoso é psicólogo, Doutor em sociologia pela Universidade Federal da Paraíba, Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social, da UERJ, editor da revista Abordagem, Universidade Federal da Paraíba, e faz parte do Grupo de Pesquisa e Prática em Desmedicalização da Vida, onde coordena o GT de Antipsiquiatria e Estudos Críticos. Autor dos livros “Dos Manicômios ao Mercado de Saúde Mental” e coautor de “O Neoliberaliz”. Então, Artur, você tem...

### **ARTUR CARDOSO**

Boa tarde. Estão me escutando direitinho? Tudo certo? Bom, quero começar em primeiro lugar, cumprimentando todo mundo, agradecendo pela chance de poder estar aqui, de poder estar conversando com vocês. A mesa aqui está incrível. As pessoas que estão aqui são pessoas respeitadíssimas, então é um prazer gigante. E eu acho que é uma

honra gigantesca. Eu sou um frequentador aqui do Seminário Internacional Epidemia de Drogas Psiquiátricas desde o início. Eu estive nos dois primeiros seminários presencialmente. E desde então eu participo online. E quando eu cheguei aqui pela primeira vez lá em 2017, eu nunca imaginei que eu poderia estar aqui na mesa um dia. Então, para mim, está sendo uma oportunidade incrível. Queria agradecer especialmente ao Paulo, pelo convite, e fazer um agradecimento especial ao Fernando Freitas, que um dia acreditou no que eu tinha pra dizer, e acreditou no que o Lucas tinha pra dizer, o pessoal do “Desmedicalização da Vida” tinha pra dizer. Então, quero começar a partir daí. E, bom, eu tenho algumas provocações para fazer. Eu prometo que eu não vou me estender muito. Estava conversando com o pessoal mais cedo, dizendo que eu tenho duas dificuldades. Uma é para começar a falar e a outra é para parar de falar. Então vou tentar, vou dar o meu melhor para ir rapidinho. Mas já que a gente está em um seminário internacional cujo título é “A epidemia de drogas psiquiátricas”, eu queria trazer aqui uma definição de epidemia para começar a nossa provocação.

E a gente entende como epidemia, a OMS entende como epidemia, algo que ocorre quando há um aumento inesperado e significativo no número de casos de uma doença em uma região específica, excedendo o que é normalmente esperado para aquela área e população em um determinado período de tempo. E já que a gente está falando de drogas psiquiátricas, a gente tem uma questão com drogas psiquiátricas, pensar em uma epidemia nos coloca diante de um certo problema analítico, porque a gente está falando de uma questão que é global. A gente tem um Robert aqui, um querido, que está falando do que está acontecendo lá nos Estados Unidos. A gente teve o professor Michael também mais cedo falando do que está acontecendo na Suíça, em alguns lugares da Europa. A gente tem o Paulo, a gente tem o Fernando, a gente tem uma série de pesquisadores e pesquisadoras apontando, a própria Mariama apontando o que está acontecendo aqui no Brasil. A gente tem o Tiago falando do que está acontecendo em Portugal. Então a gente tá falando de um fenômeno que é global.

Pensar em uma epidemia talvez resuma um pouco da gravidade da situação. Talvez fizesse mais sentido pensar em uma pandemia. E aí a OMS também tem um conceito de pandemia, que eu vou trazer aqui pra vocês. Ela disse que uma pandemia...

uma pandemia é uma epidemia de larga escala, que se espalha por múltiplos países ou continentes, afetando um grande número de pessoas. E essa afetação acontece através de uma transmissão, de um contágio sustentado entre populações. E essa é uma definição também que é um pouco problemática, se a gente quiser pensar em questões de drogas psiquiátricas. Porque isso que a psiquiatria convencionou chamar de transtorno mental, não é contagioso. Pelo menos ela ainda não disse isso, ela ainda não teve a audácia de dizer isso. Não é contagioso, não é transmissível.

Esse problema que a gente está apontando, desse excesso de um uso de uma prescrição de drogas psiquiátricas, a gente não está falando de uma... de um contágio. Eu tive contato com uma pessoa que está usando antidepressivo e comecei a usar também. Ela me contagiou. Então pensar em epidemia, pensar em uma pandemia também, no que diz respeito a essa questão, é um pouco complicado já que a gente não está falando de um fenômeno que se dá por contaminação, que não se dá através de contágio. Entretanto, não tem como negar o fenômeno. A gente tem aí uma geração inteira de pessoas, já há pelo menos uns 30, 40, 50 anos, consumindo drogas psiquiátricas de maneira indiscriminada. E a gente tem profissionais da saúde, profissionais variados, prescrevendo drogas psiquiátricas a torto e a direito. Então se isso não acontece em termos de contágio, de transmissão, como se pressupõe quando a gente fala de uma epidemia ou de uma pandemia, o que é que pode estar por trás dessa incidência tão alta de uso e de prescrição de drogas psiquiátricas?

Eu parto do pressuposto, e essa é uma ideia que eu estou trabalhando no livro que eu estou lançando aqui hoje, que é “Dos Manicômios ao Mercado de Saúde Mental”. Eu parto do pressuposto que o fenômeno que está por trás dessa alta incidência é a mercantilização. A mercantilização da saúde mental, a mercantilização do bem-estar. E por isso que eu acho que as pessoas que estão aqui na organização desse seminário esse ano tiveram uma ótima sacada ao montar uma mesa para se pensar não só o fenômeno da medicalização, mas o fenômeno da mercantilização também. Eu acho que esse é um assunto que é fundamental para a gente falar, porque essa é a pegada da psiquiatria nos últimos anos. A gente bate muito nos manicômios, a gente precisa bater nos manicômios mesmo, não existe saída, não existe salvação para os manicômios, mas a gente pega um



pouquinho leve quando o assunto é o mercado de saúde mental. Quando a gente está falando de drogas psiquiátricas, quando a gente está falando de categorias diagnósticas. E eu vou falar um pouquinho disso mais para frente.

Mas o que acontece? Para embasar um pouco aqui o meu argumento. No ano passado, o jornal inglês The Guardian publicou uma matéria falando sobre uma chamada indústria de bem-estar e saúde mental. E essa indústria conseguiu movimentar, em 2019, ano antes da pandemia, um valor estrondoso de 4,4 trilhões de dólares. E essa indústria é formada por diversos agentes. E como esse dinheiro foi movimentado? Ele foi movimentado muito através de uma ideia que a indústria compartilha, isso é o The Guardian que fala, muito através de uma ideia que a indústria compartilha de que bem-estar e saúde mental são uma espécie de sinônimo. E tanto bem-estar quanto saúde mental, na verdade, são uma espécie de estado que você pode alcançar. E mais do que alcançar, você pode comprar, você pode adquirir por um determinado valor. Você pode adquirir em um determinado lugar, seja em uma agência de turismo, seja em uma academia, seja numa clínica de estética, numa clínica de spa, mas principalmente dentro de consultórios de psicólogos e psiquiatras e em algum balcão farmacêutico mundo afora.

Então, como o The Guardian aponta, existem diversos agentes por detrás dessa indústria de bem-estar e saúde mental. Só que eu quero aqui focar em dois especificamente, que são os dois agentes que não só atuam ainda nesse mercado e nessa indústria, mas são responsáveis por pensar esse mercado, por elaborar, por estabelecer e por expandir esse mercado de saúde mental, que são aí a psiquiatria e a indústria farmacêutica. E veja bem, esse mercado é fundado, esse é um argumento que eu trabalho muito no meu livro, mas esse mercado de saúde mental é fundado ali em 1980 com a publicação do DSM III. Mas ele é fundado ali, mas ele é pensado antes, ele começa a ser pensado ali nos anos 70. E a gente precisa olhar um pouquinho para o que está acontecendo na sociedade, principalmente nos Estados Unidos, nos anos 70, antes da gente olhar para o DSM-III.

A gente tem o governo Reagan lá, estabelecendo políticas neoliberais, enxugando o máximo que pode o Estado e fortalecendo o mercado, aliás, os mercados em diversas direções. No campo da saúde mental, mais especificamente no campo da psiquiatria, a

gente vê a psiquiatria também enfrentando uma crise epistemológica muito grave, principalmente a psiquiatria estadunidense. A gente tem os manicômios sendo questionados em diversos lugares do mundo, nos Estados Unidos também tem acontecido isso. O DSM-I e o DSM-II não eram um manual confiável. E a psiquiatria era vista como uma disciplina marginalizada da medicina, então ela realmente precisava se reinventar de alguma forma. A comissão que fez parte da execução, da criação ali do DSM-III era formada por homens, frutos de sua época, frutos da cultura que estavam inseridos. A maior parte deles, quem vai dizer isso é o Spitzer, que coordenou a força-tarefa do DSM-III, a maior parte deles estavam alinhados com o governo Reagan.

Então é impossível dizer que as diretrizes de mercado que o governo estava estabelecendo ali, as políticas neoliberais que estavam começando a ser estabelecidas nos Estados Unidos, não influenciaram a APA no momento de criação do DSM-III. Então a gente fala, principalmente quem defende os DSM, quem defende a psiquiatria, e como tem gente que defende. Quando a gente fala desse momento, quando essas pessoas falam desse momento, elas falam de uma revolução biológica que aconteceu na psiquiatria, elas falam de uma revolução psicofarmacológica, elas falam de realmente um momento brilhante na história da saúde mental. Mas, na verdade, toda essa transformação, essa reformulação, ela só serviu para aproximar a psiquiatria não só do campo da medicina, através desse discurso biológico que ela adota, esse discurso neuroquímico, mas serviu principalmente para aproximar a psiquiatria das diretrizes de mercado, para aproximar a psiquiatria do neoliberalismo.

A própria ideia de que o sofrimento, a ideia que a psiquiatria adota a partir do DSM-III, a própria ideia de que o sofrimento humano é causado por uma série de desregulações neuroquímicas, isso é uma ideia que serve para despolitizar a sociedade, despolitizar o contexto social, o ambiente, as violências das mais diversas que acontecem com a gente. Isolar o sujeito dentro dele mesmo, culpar o seu cérebro, culpar os seus mecanismos cerebrais. Mas também essa ideia serve para criar uma espécie de feitiço da saúde mental. É a partir do momento que começa um processo de feitiçização do bem-estar, da saúde mental. Estar bem deixa de ser um momento específico da vida, uma condição inerente da vida, e passa a se tornar um estado obrigatório que o sujeito precisa

estar. Então, é nesse momento, a partir do DSM III, que a psiquiatria começa a não só a culpar o sujeito e o seu cérebro pelo seu sofrimento, mas também começa a oferecer uma possível solução, uma pseudo-solução, se a gente pode dizer assim.

‘Olha, o seu cérebro está desregulado. Mas a gente tem uma coisa aqui que vai ajudar a regular. Bom você não vai ficar não, porque isso aí que você tem é crônico, vai ter pra sempre. Se você é esquizofrênico, você vai ser esquizofrênico pra sempre. Se você é depressivo, você vai ser depressivo pra sempre. Mas dá pra dar uma regulada aqui no cérebro, na neuroquímica do cérebro, se você usar isso aqui duas vezes por dia, três vezes por dia’. Claro, quando esse campo da psicofarmacologia começa a se formar, como o nosso professor Marcos falou bem cedo, inclusive, obrigado pela fala professor. Como ele falou mais cedo, quando esse campo começa a se formar, essas drogas atuavam, elas eram vistas como coadjuvantes no tratamento. E com o livro o “Anatomia de uma Epidemia”, que o nosso querido Robert escreveu, a gente vê que muito rápido essas drogas deixam de ser coadjuvantes e se tornam ali a principal forma de tratamento.

Isso não é à toa. Porque essa dinâmica que se inaugura no DSM-III, a psiquiatria percebe, a própria indústria farmacêutica percebe que essa dinâmica é extremamente lucrativa. Ela é extremamente... ela beneficia de uma maneira bastante arrojada as instituições de poder, como a própria psiquiatria e como a própria indústria farmacêutica. E aí, bom, esse modelo funciona tão bem que isso se torna o *modus operandi* da psiquiatria. Para isso continuar funcionando, esse discurso precisa continuar sendo estabelecido, reforçado cada vez mais. E é nesse momento que a indústria farmacêutica começa a injetar dinheiro com força nas mídias das mais diversas, injetar dinheiro em revistas acadêmicas, em ações educativas, para promover essa ideia, para que essa ideia se consolide. Só que se a gente tá falando de uma espécie de saúde mental, de bem-estar, que funciona como mercadoria, e essa mercadoria é fetichizada, pra essa mercadoria continuar fazendo sentido na vida das pessoas, é preciso que quem produz essa mercadoria consiga formar demanda pra ela. É assim que funciona mercado. Sem demanda, a mercadoria não vende e quem produz a mercadoria fale. E qual é a saída que tanto a indústria farmacêutica quanto a psiquiatria encontraram para continuar renovando, renovando cada vez mais essa demanda por esse bem-estar, mas que no fundo é uma

demanda por drogas psiquiátricas? A produção é cada vez maior de categorias diagnósticas. Quando a gente lê o relato do Spitzer, que esteve ali, que liderou a força-tarefa do DSM III, e quando a gente lê o relato do Alan Francis, que liderou a força-tarefa do DSM IV, quem já leu, fica estarecido com o processo dos bastidores de formação do DSM. Porque não tem ciência envolvida ali. A gente está usando, e eu falo a gente porque eu sou psicólogo, eu trabalho no campo, eu estou em contato com pessoas que estão no campo também, a gente está usando categorias diagnósticas ainda que seja um uso moderado, porque tem gente que é contra esse uso alargado, mas tem gente que ainda fala assim, ‘não, mas em um caso ou outro talvez faça sentido pensar’.

Mas mesmo em um caso ou outro, a gente está usando categorias diagnósticas que são montadas arbitrariamente. Não são frutos de descobertas científicas, são frutos de acordos ideológicos, frutos de conflitos de interesse. Pessoas que ocupam uma determinada classe social, que tem uma determinada cor de pele, que moram em um determinado lugar dos Estados Unidos, estão simplesmente decidindo já há mais de 50 anos o que é considerado patológico, estão recebendo para dizer o que é considerado patológico. E a gente usa essas categorias diagnósticas porque faz sentido dizer que uma criança que é muito agitada, ela na verdade tem hiperatividade. E quando a gente usa essas categorias diagnósticas, ainda que de uma maneira moderada, de uma maneira soft, aquele uso legalzinho, bacana da categoria diagnóstico, a gente está corroborando com esse sistema. A gente também está sujando nossas mãos de sangue. Então a gente precisa ter bastante cuidado.

De um lado, a gente tem a psiquiatria que começa a atuar dessa forma, começa a construir suas categorias diagnósticas dessa forma. E isso vai acontecendo no DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR, DSM-V, DSM-V-TR, isso vai acontecendo de uma maneira indiscriminada. E do outro lado, a gente tem, do lado da indústria farmacêutica, um processo completamente corrupto de criação de drogas psiquiátricas, que também tem sido vendido como tratamento. E a ideia que é vendida, do mesmo jeito que a indústria de bem-estar e saúde mental meio que transforma bem-estar e saúde mental em sinônimos, a indústria farmacêutica junto com a psiquiatria trabalha de uma maneira bastante intensa para fazer a gente confundir efeito com tratamento. A droga psiquiátrica, ela causa efeito.

É óbvio. Isso é inquestionável. A gente não está colocando isso aqui em xeque. Agora, dizer que esse efeito é tratamento são outros 500. Não está tratando nada. Está produzindo um efeito como muita coisa produz. Chocolate produz, exercício produz. tomar uma, como o professor Michael falou mais cedo, tomar uma cervejinha produz um efeito também. E nem por isso a gente usa essas coisas como forma de tratamento.

Então, a gente tem um processo que, tanto da parte da psiquiatria quanto da parte da indústria farmacêutica, é um processo de corrupção. Não é um processo de que assim, 'ah, não, tem um ou outro ali que está tentando...'. Não. É um processo inteiramente de corrupção. As categorias diagnósticas que a psiquiatria inaugura no DSM-III, elas são extremamente flexíveis. E elas são flexíveis, não é à toa. Porque a ideia é que elas se ajustem às demandas de mercado. A ideia é que, na medida em que se passa a cada cinco anos, a cada dez anos, a gente possa pegar... bom, estou falando de maneira pejorativa, obviamente, mas quem está por trás dos bastidores do DSM, possam pegar essas categorias diagnósticas e expandi-las, que é o que acontece. A gente fala muito da criação de novas categorias diagnósticas. Hoje, no DSM-5TR, a gente tem mais de 500 categorias diagnósticas.

Mas a gente pode falar também de categorias diagnósticas que antes eram duas e se transformam em uma, uma que se transforma em duas, ou uma categoria diagnóstica que tem seu quadro sintomático expandido, ou então uma produção de comportamentos da vida comum que vão se transformando em quadro sintomático, que vão se transformando em categorias diagnósticas. Hoje, estar triste é uma doença pra psiquiatria. Estar feliz demais é uma doença pra psiquiatria. Menstruar e sentir dor é uma doença pra psiquiatria. Não conseguir largar uma droga psiquiátrica é uma doença pra psiquiatria. Hiperatividade, desatenção, questões de gênero, questões de sexualidade... É difícil encontrar alguma coisa que não é uma categoria diagnóstica para a psiquiatria. Então a gente tem que ter muito cuidado quando a gente tá falando de DSM, quando a gente tá falando de uso de categorias diagnósticas, quando a gente tá falando do campo da psicopatologia psiquiátrica.

A gente tem que ter muito cuidado, porque essas categorias, elas são feitas de maneira criminosa. Essas drogas que a gente administra, elas são feitas, são produzidas e

são disseminadas de maneira criminoso. Eu estava preparando essa palavra para dizer, e eu fiquei muito feliz quando mais cedo o professor Holmes citou, porque a gente está falando de crime. Ontem surgiu um assunto aqui, a Bruna, que é uma sobrevivente da psiquiatria, ela se levantou para falar que ela e o grupo de desmedicalização da vida são contra o uso de drogas psiquiátricas, e surgiu um assunto aqui sobre proibicionismo. E sinceramente, gente, me permitam aqui dar uma resposta meio atrasada pra uma questão que foi debatida ontem.

Eu acho que ser contra drogas psiquiátricas, ser contra esse sistema de... assistência, não se trata de proibicionismo, se trata de ética. A questão não é eliminar as drogas psiquiátricas, porque não dá pra se eliminar, assim como muitas outras drogas que a gente tem na sociedade, lícitas ou ilícitas, não se eliminam. A questão não é essa. A questão é a gente aqui, que somos profissionais da saúde mental, a gente parar de se ancorar nesse sistema. Esse sistema é criminoso. Não dá pra se pensar, por exemplo, quando a gente fala de categorias diagnósticas, de um uso moderado. Porque se você usa uma categoria diagnóstica pra se referir a um paciente ao longo de toda a sua vida, você já tá fazendo um sobre diagnóstico. Porque isso é criado arbitrariamente.

Então é isso que eu quero frisar aqui. Eu acho muito bacana, eu acho que esse seminário acertou muito esse ano em botar como tema a retirada de drogas psiquiátricas, porque eu acho que esse é um tema que a gente precisa falar cada vez mais, a gente precisa trabalhar com isso nas universidades, sejam de medicina, seja de psicologia, seja de atenção psicossocial.

Mas a gente precisa aprender, estudar retirada, a gente precisa aprender a, de fato, parar de contar com esse sistema de atenção. Mas se a gente não pensar de uma maneira realmente crítica e radical sobre esse sistema de assistência, a gente vai ficar enxugando gelo pra sempre. É de um lado a gente prescrevendo, de outro a gente desprescrevendo, e a gente continua aí com isso que... com essa geração inteira de pessoas aí patologizadas, de comportamentos patologizados, e uma geração inteira de consumidores e consumidoras de drogas psiquiátricas que não conseguem tirar.

E para concluir já, o professor, já chegando no finalzinho, avisei, tem um pouquinho de dificuldade de parar, mas só para concluir. Eu também queria levantar uma

outra questão aqui, porque ontem surgiu uma questão, e é uma questão que surge em todo lugar onde a gente tem a oportunidade de falar sobre esse tema. A gente aqui precisa rever o nosso sistema de atenção, a gente precisa rever o que a gente está entendendo como cuidado. Mas sempre surge uma questão do lado de lá que diz que, ‘ah, mas o paciente ele chega dentro do sistema de saúde, ele chega dentro da clínica, ele chega dentro do consultório demandando por um diagnóstico, ele chega demandando por uma droga psiquiátrica, e aí como é que a gente faz?’. E aí eu acho que essa é uma questão que ela é bastante perigosa.

Então eu vou encerrar a minha fala só alertando um pouquinho com relação a isso. Porque, veja bem. A gente que está estudando saúde mental, a gente que estuda psicologia, muita gente que estuda pedagogia, enfim... Muitas das vezes a gente passa por uma graduação inteira e a gente não escuta falar de tema de medicalização, de excesso de drogas psiquiátricas. Isso não chega dentro das universidades em muitos lugares. Principalmente aqui no Brasil. Tem gente que faz uma faculdade de cinco anos de psicologia e não sabe o que é luta antimanicomial. Isso é uma verdade. Então, se dentro das universidades, a gente que está estudando, a gente não conhece determinado tipo de discussão, como a gente pode esperar que dentro da clínica, principalmente pessoas em situações de vulnerabilidade, que estão frequentando serviços de saúde público, como é que a gente pode esperar que essas pessoas, elas tenham noção dessa crítica que a gente está fazendo?

Elas vão no psiquiatra porque elas entendem que é isso que elas têm que fazer mesmo. E elas chegam lá demandando por um diagnóstico, por uma droga psiquiátrica, porque elas entendem que é isso que elas estão fazendo mesmo, que elas têm que fazer. A gente sente uma dor no braço, a gente vai no médico, a gente quer um diagnóstico pra saber o que tá acontecendo com o nosso braço. E a gente quer um remédio pra que passe a dor no braço. E essas pessoas fazem isso. Então, é um pouco perigoso essa questão, e a gente precisa ter um certo cuidado. Se alguém aqui é psicólogo, se alguém aqui é psiquiatra, em determinado momento precisa lidar com um paciente que demanda por um diagnóstico, que demanda por uma droga psiquiátrica, talvez, ao invés de culpar ele por isso, seja interessante que tenha uma conversa franca e honesta a respeito desse assunto

com ele, porque é direito dele, é direito dela saber que, na verdade, isso é um sistema criminoso. É muito mais do que antiético, é criminoso. E quando a gente corrobora com esse sistema, a gente também está corroboração com o crime das empresas farmacêuticas, a gente está corroboração com o crime que a psiquiatria comete.

E, para acabar mesmo, eu acho que a gente tem que ter muita esperança sim. Eu acho que é possível mudar, eu acho que é possível a gente seguir em frente, eu acho que é possível a gente interromper esse sistema, esse modelo de assistência que a gente tem. Só que a gente também não pode pegar leve com a psiquiatria. A gente critica tudo que a psiquiatria faz, a gente critica o manicômio, a gente critica a categoria diagnóstica, drogas psiquiátricas, mas na hora de criticar a psiquiatria, mesmo de forma radical, a gente fica com o pé atrás. Sendo que a linguagem da psiquiatria é a linguagem da violência. E isso é desde Pinel. A psiquiatria passou pelos manicômios, passou pelos amarros, a psiquiatria passou pela lobotomia, passou pelo eletrochoque, e a psiquiatria hoje trabalha com um sistema líquido de categorias diagnósticas, trabalha com um sistema de drogas psiquiátricas, que causam uma série de prejuízos muito maiores do que benefícios, destroem o cérebro das pessoas, e a gente tem aí uma certa moderação na hora de criticar a psiquiatria.

Como diria o Ronald Laing, e essa é uma frase que eu conheci pelo saudoso Fernando Freitas, falar de violência na psiquiatria é falar de violência em psiquiatria. A linguagem que a psiquiatria tem é a linguagem da violência. A gente precisa, de fato, assumir essa postura crítica, e não é uma crítica até a página 2. A gente precisa reconhecer mesmo que o sistema não está dando certo. E é isso, pessoal, o que eu tinha para dizer. Desculpa a demora e viva Fernando Freitas!

**ANTÔNIO CARLOS MORAIS**

Vamos passar agora para o Tiago, o Tiago Pires Marques, Doutor pelo Instituto Universitário Europeu de Florença, pesquisador do Centro de Estudos Sociais da



Universidade de Coimbra. Desde 2014 desenvolve sua investigação sócio-histórica sobre saúde mental, entendendo o campo de observação e contemporaneidade. Atualmente investiga a história dos modelos de saúde mental na sua relação com a medicalização da vida e com a história dos direitos humanos. Ele é editor do site Mad. Mad, não é? Mad in Portugal. Mad in Portugal, isso. Eu não vou falar, porque você só tem o direito de um minuto.

### **TIAGO PIRES MARQUES**

Oi pessoal, de novo, boa tarde a todos, a todas. Quero cumprimentar também os que estão seguindo pelo YouTube. Cumprimento aqui os meus caríssimos e caríssimas colegas de mesa. Antônio, obrigado, Mariama, Artur. Intervenções apaixonantes, não sei agora como vou fazer para, do seguimento, as vossas falas aí apaixonadas e apaixonantes. Mas pronto, o que eu queria partilhar assim brevemente é o seguinte.

‘Medicalização e mercantilização da vida, novos desafios e novos dilemas’. Esse é o tema da mesa. E a minha ideia é relativamente simples e óbvia, aliás já foi abordada aqui de várias formas em falas anteriores, que é a seguinte: a medicalização não é só um processo, um conjunto de processos parciais que atravessam a sociedade, mas faz parte da transformação histórica das sociedades, em si mesmo é um processo de transformação histórica, é um processo social complexo. Eu creio que é interessante termos isso em conta e termos também depois um certo mapeamento conceitual histórico destas transformações para podermos ter uma compreensão melhorada dos processos de medicalização para também os podermos criticar e construir dispositivos que vão no sentido de criar alternativas a essas lógicas medicalizantes.

Eu começaria aqui com uma... o que eu vou fazer é assim, resumidamente, um itinerário sobre o pensamento sociológico da medicalização em diálogo com uma pesquisa empírica que a minha equipe e eu temos vindo a desenvolver em Portugal e no Brasil. Mas esta que vou falar é portuguesa, especificamente junto de uma associação de

usuários lá de Portugal. Uma associação de apoio às pessoas com os doentes depressivos e bipolares, é assim que se chama, a ADEB, e portanto é uma comunicação que navega entre o empírico e a análise conceitual.

Queria começar por evocar a figura que todos certamente conhecem do Ivan Illich, que é uma das pessoas, dos académicos, pensadores que foram pioneiros na crítica da medicina ocidental, nomeadamente, e que contribuiu para cunhar e para desenvolver o conceito de medicalização. E queria trazer aqui três conceitos do Ivan Illich que dialogam muito, parece-me, com o que tem sido estas jornadas já que se falou muito de iatrogenia. O Ivan Illich tem um pensamento muito interessante sobre iatrogenia, que ele vê não só como a iatrogenia do processo que visa tratar, mas que acaba provocando a doença, mas que é também para o Illich um processo complexo. Ele considerava três dimensões da iatrogenia. A dimensão clínica e a iatrogenia clínica. E foi muito disso que falámos aqui. Os medicamentos, por exemplo, são os medicamentos antidepressivos, neste caso são claramente um exemplo de iatrogenia clínica.

O Ivan Illich depois falava também da iatrogenia social, como as sociedades, os agentes, as corporações profissionais, a indústria farmacêutica, criam as condições de possibilidade para que a iatrogenia clínica aconteça, por exemplo, creio que era o Michael, esta manhã falava das campanhas contemporâneas de sensibilização à saúde mental patrocinadas pelas indústrias farmacêuticas. Temos aqui um exemplo claríssimo de iatrogenia social, como elas estão a criar as condições para que essa iatrogenia clínica, essa medicalização através do antidepressivo aconteça.

Mas depois temos também a iatrogenia cultural, algo que a Mariama aqui abordou com outros termos, o Paulo também mencionou ontem, por exemplo, nas questões da colonização, a iatrogenia cultural é a expropriação que um povo, uma elite dentro de uma sociedade, uma classe social, um grupo profissional pode fazer relativamente aos saberes, aos saberes do povo colonizado, aos saberes das classes populares, etc. São formas de epistemicídio, de assassínio dos saberes desses povos, de colonização, e portanto o Ivan Illich já nos anos 70 falava sobre isto com este conceito da iatrogenia cultural, que me parece interessante trazer aqui para este debate.

A obra do Ivan Illich a que eu me refiro aqui em particular “Nemésis Médico,

Expropriação da Saúde”, um livro que, creio que é de 1976, e que lançou o debate sobre a medicalização da vida, mas que mereceu, talvez na minha opinião, injustificadamente bastantes críticas, sobretudo na questão da iatrogenia clínica. E vocês encontram toda uma sociologia e uma história dos processos de medicalização de vida que procuraram colocar-se um pouco em contramão a esta proposta do Ivan Illich, olhando para os processos de medicalização como fenômenos de expansão da jurisdição médica sobre a vida dos sujeitos. Portanto, de uma forma mais neutra, sem aquela crítica política e econômica da colonização que estava presente na obra do Ivan Illich.

Vocês, por exemplo, encontram na obra do Peter Conrad este tipo de proposta, que é uma obra interessante e absolutamente marcante do pensamento da medicalização da vida. O Peter Conrad traz-nos o conceito de medicalização, expansão da jurisdição ou do saber médico para áreas onde ele não estava presente anteriormente. E, portanto, analisa desta forma neutral, fenômenos tais como a medicalização da tristeza com a depressão, a medicalização da infertilidade, a medicalização da calvície, da impotência, muitos processos de medicalização. Ele depois vai fazer também uma série de distinções conceituais. Existem também processos de desmedicalização, por exemplo, o movimento do parto natural tem sido analisado dentro desse âmbito, um processo de desmedicalização do parto, por exemplo. A questão da homossexualidade é outro exemplo óbvio, uma identidade, uma orientação que estava medicalizada pela psiquiatria e que saiu do âmbito psiquiátrico, exemplo de desmedicalização. Mas depois este conceito é importante porque assistimos depois a processos de remedicalização e disso eu vou falar a propósito aqui do caso português.

Importante ter em conta também os trabalhos de uma socióloga também americana da Universidade da Califórnia, a Adele Clark, com uma equipe que estudou assim aprofundadamente o impacto das tecnociências na... nos processos de medicalização, nomeadamente com o surgimento da neurociência, o desenvolvimento da medicina molecular, dos estudos psicofarmacológicos, etc. Ela faz aqui uma abordagem sociológica do impacto dessas tecnologias verificando que dá um salto qualitativo adicional na expropriação do sentido ligado ao sofrimento, aos processos de sofrimento, da doença etc. Vai com este conceito da biomedicalização dar conta deste impacto da

técnica, não só no sentido de tecnologia, mas da cosmovisão técnica sobre os processos de medicalização. E depois dentro destes temos ainda toda uma corrente que pensou especificamente a questão dos farmacêuticos e do impacto que a presença crescente, cada vez maior, dos farmacêuticos, e nomeadamente dos psicotrópicos, têm nas subjetividades.

Então temos toda uma literatura interessante sobre a farmacotização da vida. Creio que vocês aqui no Brasil utilizam uma palavra um pouco diferente. Mas isto são tudo conceitos que nos permitem mapear um campo e construir um pensamento também que dialoga com as investigações empíricas. A mim depois a questão que me parece interessante trazer é que todas estas conceitualizações enriquecem o campo de estudos, mas elas retrocedem, na minha opinião, relativamente àquilo que o Ivan Illich tinha proposto, no sentido em que não estabelecem ligações com os processos macro, com os processos sociais macro, com os processos ligados ao capitalismo, ao desenvolvimento da sociedade neoliberal, e com os processos históricos nas suas múltiplas dimensões. Portanto, parece-me que hoje o desafio mais importante trazer aos estudos sobre a medicalização é este de conseguir tirar benefício desta sofisticação conceitual que o campo conhece hoje, com estas várias distinções, mas ligando estes vários processos às transformações macro, às transformações históricas. E portanto, nesse sentido, voltar de alguma forma àquilo que foi a intuição do Ivan Illich.

Nós lá em Portugal então trabalhamos com a associação, com a ADEB, e verificamos, resumindo muito, verificamos uma evolução histórica desde os anos 90 muito clara, uma associação que começa em 1990 através de uma aliança entre usuários com este diagnóstico, que na altura chamava-se psicose maníaco depressiva, e psiquiatras.. E pelo menos um deles também abertamente com o mesmo diagnóstico. Portanto, aqui uma associação de alguma forma, militância colaborativa, com um espírito político forte, uma atitude crítica relativamente à psiquiatria em Portugal, que era e continua a ser bastante fechada, uma psiquiatria medicalizante, na altura bastante manicomial. E portanto, de fato, uma associação ativista baseada nos princípios da ajuda a interpares.

O que se verifica é que, ao longo dos anos, a associação foi mudando de personalidade, digamos assim. Hoje, uma das práticas mais importantes na vida da

associação, aquilo que eles chamam de psicoeducação, portanto, o sujeito que contacta a associação passa por um tempo de psicoeducação e aquilo que nós verificamos é que muita desta psicoeducação é, na verdade, uma familiarização dos sujeitos com os discursos psiquiátricos sobre a bipolaridade. Os sujeitos são fortemente estimulados a aceitar os seus diagnósticos, a aceitação do diagnóstico é uma senha de entrada na associação. E depois, de alguma forma, as pessoas aprendem a identificar sintomas, a nomear os seus sintomas, evidentemente utilizando a linguagem psiquiátrica, e comprometem-se a seguir protocolos de tratamento que não questionam o poder psiquiátrico, obviamente, e que, portanto, envolvem, na grande maioria dos casos, a tomada da medicação, de medicação. Tornou-se um pouco uma associação, e não quero exagerar na crítica, é uma associação de suporte de pares, com uma dimensão de apoio importantíssima, mas que de fato se tornou um pouco uma associação de educação para se ser um bipolar integrado, um bom cidadão bipolar.

É um pouco isso, e vejam bem, num período de 30 anos, de fato, uma transformação radical no espírito da associação. Bom, como compreender isto, esta remodelização, este processo de medicalização? Como compreender isto? Tanto mais que, do ponto de vista das políticas públicas, Portugal parece ter ido na direção oposta.

Portugal tem desde os anos 60, vejam bem, um horizonte no campo da psiquiatria e da saúde mental de transformação, que é de referência norte-americana muito forte. Portanto da saúde mental comunitária norte-americana, mas também com uma ligação importante à psiquiatria de setor francesa. E de fato, desde o final dos anos 60, início dos anos 70, vários psiquiatras, não havia ainda a ideia de desinstitucionalizar, mas alguns dos psiquiatras em atividade queriam levar novos modelos de saúde mental comunitária e conseguiram até certo ponto. Nasceram no início dos anos 70 vários centros de saúde mental, chamavam-se assim, durante a década de 70 e depois a revolução de abril ajudou esse processo. Os centros de saúde mental expandiram-se pelo território. Nos anos 80 essa expansão continuou. Portugal até, do ponto de vista daquilo que é a reforma, enfim, em termos globais, nesse sentido é até, de certa forma, pioneiro.

Acontece que no início dos anos... Tenho um minuto? Acontece no início dos anos 90, os centros de saúde mental são encerrados por decreto, acaba tudo e todos os

serviços de saúde mental passam a ser integrados nos hospitais gerais. Nos anos 2000, muito por influência da pertença de Portugal à União Europeia, a colaborações estreita com organizações internacionais, Organização Mundial de Saúde, etc., Portugal é levado a voltar aos atores, decisores políticos portugueses, a reativar os seus planos de saúde mental comunitária. Há um plano nacional de saúde importante, que se tenta levar à prática nos anos 2000, que tem como peça-chave um dispositivo que é semelhante aqui, seria semelhante, não foi levado à prática, aos vossos CAPS, que eram as unidades de cuidados continuados integrados. Isto foi vertido para a lei, mas recebeu uma oposição fortíssima da corporação médica, em particular dos psiquiatras, e eu aqui, para vos provocar um pouco, até gostaria de ler duas frases do parecer. Dá tempo?

Então, sai este decreto do plano de saúde mental e o colégio da especialidade de psiquiatria, da ordem dos médicos lá de Portugal imita um parecer em que criticava fortemente o plano, desde logo porque o plano não continha a palavra doentes. Terrível, quando tinha a palavra doentes, e depois diziam isto, atiraram os doentes psiquiátricos exclusivamente para as mãos de assistentes sociais e de psicólogos, e referiam explicitamente o caso brasileiro e a experiência dos centros de atenção psicossocial como exemplo a não seguir, porque aí se atiravam os doentes psiquiátricos para as mãos dos psicólogos e dos assistentes sociais. Curioso, não é? Entretanto, o plano não foi levado à prática. Foram fechados alguns hospitais psiquiátricos, é verdade. E há dois anos atrás, por decreto, encerraram-se os hospitais psiquiátricos que existiam ainda. Mas os doentes que lá estavam continuam lá, portanto na realidade o que mudou foi o nome destas instituições, deixaram de se chamar hospitais psiquiátricos, passam a ser polos de saúde integrados nos hospitais.

E, portanto, há aqui uma reconfiguração, criam-se equipas multidisciplinares, elas estão a ser levadas agora para a comunidade, mas a minha questão é com a importância do macro. Será que ainda há uma comunidade para fazer saúde mental comunitária? A sociedade transformou-se muito, as comunidades, os bairros, as comunidades rurais estão em desaparecimento. O que é uma saúde mental comunitária sem comunidade? Essa é a minha interrogação. O modelo de saúde mental comunitária atualmente é baseado na ideia da equipa multidisciplinar em que está o psiquiatra, o psicólogo, o assistente social,

o terapeuta ocupacional, portanto vamos ver o que é que vai ser. Há uma nova lei de saúde mental que aparentemente dá maiores garantias, sobretudo na questão das internações compulsórias, assim que vocês chamam aqui, treinamentos compulsivos lá, aparentemente dá mais garantias jurídicas, mas introduz na lei a palavra doença mental, que não estava lá.

A lei anterior não tinha a palavra doença mental, tinha o conceito de anomalia psíquica, porque era um conceito que fazia sentido para os juristas. A lei anterior tinha sido concebida, sobretudo por juristas, para regular a questão dos internamentos compulsivos. Agora, entra a palavra doença mental. As internações compulsórias têm uma série de garantias, em contrapartida, os tratamentos coercivos, com o uso de contenção física e química, passam a ser da discricionariedade médica. Portanto, são admitidos eletrochoque, mediante o parecer do médico prescritor e de mais dois médicos. Portanto, vocês têm esta configuração curiosa, não é? Entraram então em campo equipes em que o psiquiatra aparentemente perde o seu destaque, que podem ser até lideradas por pessoas do serviço social, por psicólogos, etc. Mas tem aqui uma intensificação, tem aqui bolhas ou zonas de atividade em que o poder médico, o poder médico sem controle, o poder psiquiátrico se acentua fortemente.

Então, há aqui um movimento de desmedicalização, despsiquiatrização ou de medicalização. Bom, eu creio que aqui precisamos de abordar de fato o campo como um campo complexo, ter em conta as várias, as várias distinções conceituais que eu vos apresentei aqui para termos uma descrição que faça sentido relativamente àquilo que são estes dados empíricos. Portanto, isto tudo para partilhar um pouco com vocês o que é a situação de Portugal e também para vós, um pouco para ilustrar esta ideia de que a medicalização é de facto um processo histórico, complexo, multidimensional. Não basta dizer aos psiquiatras e indústria farmacêutica que são agentes de medicalização e depois o seu poder expande-se na sociedade e aí temos uma sociedade medicalizada. Não creio que esta narrativa seja correta. Ela é muito parcial. É preciso atender às condições culturais, políticas, às condições de possibilidade em termos de receptividade da sociedade ao discurso médico. As campanhas de sensibilização para a saúde mental certamente provocam, através dessa iatrogênese social, essa abertura da sociedade a

certas formas de medicalização.

E, portanto, é esta ideia da complexidade da medicalização que eu queria partilhar com vocês. Obrigado.

## **ANTÔNIO CARLOS MORAIS**

Antes de passar para a plateia, chegaram aqui perguntas, enfim, que realmente o tema ele mexe profundamente em todas as dimensões. nossa sociedade, enfim. Eu acho que essa mesa, Paulo, vai acabar sendo, na verdade, um seminário único para fazer essa mesa. Uma ideia, não é? Então, eu gostaria, com todo respeito aos colegas que estão acompanhando de forma virtual, falar um pouco.

Essa temática aqui da questão da medicalização, da mercantilização, abordada de diferentes dimensões, mas convergindo exatamente naquelas nossas preocupações. Eu sempre falei, agora está saindo agora, não sei se... Esqueci o nome do órgão onde está aquela colega que era da UFRJ, reitora, uma portaria, que vem do MEC, ela que está dirigindo essa instituição, não é do MEC, sobre a questão da contraposição com relação à questão do EAD. Eu sempre falei, para mim tem a industrialização da saúde e do ensino. Então, companheiros, o tema, na verdade, ele tem essas características aqui.

Acho que a gente vai ficar com o tempo um pouco mais complicado para ler, enfim, que às vezes são perguntas, mas às vezes são opiniões que são colocadas, que não divergem muito das opiniões que aqui foram apresentadas, nem a minha, principalmente. Então é um pouco isso aí.

Espero que, com as perguntas, a gente vai tentar reduzir o tempo das perguntas, para a gente poder dar o tempo também da mesa se posicionar. Está ok? Então acho que é isso, não é, Paulo? Acho que está. Então vamos lá. Está aberta.



## **PARTICIPANTE HOLMES**

Meu nome é Holmes. O Paulo recomendou que eu me apresentasse. Meu nome é Holmes, eu sou psiquiatra, eu não prescrevo medicação tem três dias e hoje eu não prescrevi, só por hoje. Para o Tiago, a questão seguinte me vem, a questão de sempre tentar buscar alguma solução. Eu pensei assim, as ementas dos cursos de medicina não têm antropologia. E aí me veio o diagnóstico em psiquiatria, uma questão singular de quem, modifica a mesma situação, a depender da bagagem cultural do viés de cada um. Então vem assim, o psiquiatra deve conhecer seus vieses. O diagnóstico em psiquiatria é uma questão antropológica. Se o Tiago puder depois comentar.

Eu gostaria... para o Antônio, eu queria colocar uma coisa. Quando eu vou prescrever lá no site do CRM, até se tiver alguém acompanhando do CRM, algum conselheiro pelo YouTube, eu vou lá... Está escrito minhas receitas. Eu não faço receita. Receita eu faço... eu tomo cuidado de quando eu faço uma receita, é algo alimentar. Eu não posso misturar as coisas. Eu faço prescrição. Então, deveria estar no site prescrição e não receita. Mais uma vez, o cuidado com o conceito é fundamental. Não posso confundir algo que seja do alimento com algo que seja farmacológico.

Outra coisa, eu estava conversando com o Marcos, eu não chamo medicamento antidepressivo há muito tempo com paciente. Eu digo, como é que você faz? Eu digo, fármacos ditos antidepressivos, fármacos ditos antipsicóticos. Com isso eu organizo, porque essa nomenclatura é uma nomenclatura muito mais de marketing do que de outra coisa. Se você for procurar assim, você vai encontrar medicamentos e isso tinha que ser proibido. Quero o Pax. Os medicamentos têm nome assim. Uma vez, dentro da Justiça Federal, uma pessoa me mostrou um benzodiazepino que ela tinha ganhado em uma instituição religiosa. O nome era benzadiezepan, com a mão como símbolo religioso. Eu avisei para o juiz, disse assim, isso tem que ser avisado para o Ministério Público, não dá. Então, o cuidado com o nome é muito importante.

E uma vez chegou assim e falou assim, doutor, você sabia disso? Aí mostrou, tinha um remédio com o meu nome, Holmes. Já pensou? Eu prescrevi a mim mesmo.

Pensou? Que coisa cabotina. Então, o cuidado com o nome é muito importante. Então, eu tenho dito isso, fármacos ditos antidepressivos, fármacos ditos antipsicóticos. Era isso.

## **PARTICIPANTE ROBERTA**

Boa tarde. Essa mesa é muito importante. Meu nome é Roberta, sou psicóloga e a minha dúvida é com relação à questão em que já está havendo alguns estudos e artigos científicos direcionados à questão da psicoterapia ter um efeito neurobiológico efetivo, colaborante, muito grande dentro da vida dos pacientes. E o principal mesmo é a gente entender por que a gente está com poucas pesquisas relativas a isso, ao efeito, da psicoterapia, das terapias, dessa articulação como propulsora modular, neuromodular, diferenciada, até mesmo para a gente jogar dentro do contexto dessa retirada de psicofármacos. O que vocês poderiam, da mesa, poder estar falando sobre isso? Desse incentivo científico diferenciado do poder da psicoterapia muito mais reagente do que um fármaco, muito mais efetivo neurobiologicamente?

Então, a gente tem um propulsor diferenciado porque a gente pode usar muito mais essa propulsão científica para dentro da retirada dos psicofármacos e até mesmo utilizar também da própria nossa ética, do nosso conselho, para poder gerir também denúncias em relação a essas iatrogenias colocadas dentro da vida do paciente. Da gente começar a embasar discussões relativas aos conselhos de ética, relativo a gente ter o poder também de justificar esses maus tratos às condições da saúde. E eu queria agradecer muito a fala do Artur, que me lembrou a questão do manicômio, que o manicômio, ele não só está nos muros, ele não está só nos extramuros, ele está na subjetividade do profissional. Quando a gente fala que está na subjetividade do profissional, é que o manicômio existe dentro da cabeça daquele profissional atuante, dentro da técnica. A gente precisa desinstitucionalizar. O subjetivo é a chave. Tudo começa com a gente. O manicômio precisa morrer dentro da gente para, depois, ele morrer extramuros. Obrigada.

## **PARTICIPANTE NATHAN**

Meu nome é Nathan, já falei aqui antes um pouco, mas só para agradecer o Artur também por... o que ele comentou, totalmente de acordo. Agora, acho que também não é só o psiquiatra, é o sistema de saúde e o poder médico. Acho que o problema mais centrado aqui, que a gente não discutiu aqui ainda, é do poder médico. E isso aqui é bem desafiador realmente. A gente está trabalhando em um coletivo de saúde, já comentei aqui antes, e a maneira que a gente tem para retirar a medicação é em coletivo. A gente faz as rodas de conversa com os pacientes, aí você dilui o poder médico, porque o médico psiquiatra em especial, com o paciente em frente, é uma coisa. Com 15 pacientes que já utilizaram aquelas drogas, que tem como contestar aquela medicação, o psiquiatra fica muito mais desprotegido, esse poder dele se dilui bastante. Então, para a gente ter uma roda de conversa, que dura bastante tempo, são 15 pacientes, demoram umas três horas, o problema é sempre o mesmo, repetitivo. É intoxicação com psicotrópicos. Crianças, idosos, adultos. Realmente intoxicados. Cinco medicamentos, dez medicamentos até. Realmente uma intoxicação muito séria. E os pacientes que já usaram aquilo ali podem ensinar para os outros. E a linguagem é muito parecida. Então fica muito mais fácil você tratar, digamos, retirar a medicação quando você faz uma roda de conversa. Então, a proposta seria fazer esse tipo de trabalho em rodas de conversa. Eu não sei por que as consultas são individuais. É uma surpresa e, realmente, com a população que a gente atende, é muito legal a consulta em rodas de conversa.

O CRM propõe e exige a consulta individual. Eu não sei por quê. É muito mais produtivo para o paciente, ele se defende melhor porque tem outras experiências ao lado, do que você ter um médico com todo o poder, com um paciente realmente debilitado, fragilizado em frente dele. A proposta é só essa, que se faça em rodas de conversa.

## **PARTICIPANTE DÉBORA**

Então vou ser breve. Minha pergunta é para o Tiago. Desculpe, meu nome é Débora, eu sou psiquiatra, sou mestranda em saúde coletiva aqui da ENSP. E minha pergunta é para o Tiago. Eu estudo medicalização, eu fiquei muito feliz com a sua fala no sentido da complexificação teórica do termo de partir de algum lugar. Acho que a gente ganha muito quando a gente especifica teoricamente o que a gente quer dizer com medicalização. Gostei da sua fala de poder trazer a força que esses outros atores têm ganhado para além do imperialismo médico. Você mencionou essa cooperação médica em Portugal. E, enfim, a gente pode falar de atores...o próprio sistema de saúde, eu vejo aqui o SUS tendo uma força medicalizante muito forte, o sistema de saúde, a instituição de saúde em si, mas tem esses outros atores que são, enfim, o CFM e... jornalistas, para além de atores individuais, categorias profissionais. Mas eu queria saber como é que em Portugal, quais são esses principais atores que você identifica por lá? Se você puder falar um pouquinho disso, para além dessa coisa mais óbvia de os médicos, a psiquiatria, outros atores presentes nesse processo?

Obrigado pelo discurso e a possibilidade.

## **PARTICIPANTE MAURÍCIO**

Eu gostaria de colocar, sim, três pontos. O primeiro ponto não seria doença mental uma reação ao sofrimento e ao trauma. E essa doença mental, que não nos deixa ver o sofrimento e o trauma. Tem uma complexidade no que concerne a temporalidade. O tempo biológico não é o tempo social. Então Freud já dizia, sobre a questão da latência e o método catártico, não era suficiente para tratar as doenças mentais, que eram evitamentos dos sofrimentos. A segunda questão é que a doença mental é uma doença que tem um aspecto dessocializante, de onde a questão da norma. A terceira é que, sem

defender medicamentos nem nada, mas a abertura dos hospitais psiquiátricos foram produzidas pela invenção dos medicamentos psiquiátricos. Sem os medicamentos psiquiátricos, que são medicamentos socializantes, não haveria o fim dos manicômios. Então, a questão essencial não é a medicação. A questão essencial é a socialização, a culturalização, o não fechamento dos seres humanos dentro de categorias e dentro de uma antropologia que é extremamente negativa para a evolução neuropsíquica, *neurodevelopmental* das pessoas.

### **ANTÔNIO CARLOS MORAIS**

Acho que já encerramos. Vamos fazer o seguinte, a rodada vem do Tiago para cá. Está ok, mas olha... Tiago... Olha, eu vou então responder... Tiago e Arthur, mas pelo menos assim... Muito breve. No máximo três minutos, porque...

### **TIAGO PIRES MARQUES**

Então... Brevemente. Holmes, a antropologia não está, as humanidades médicas desapareceram, existiram mas desapareceram dos currículos dos cursos de medicina. No entanto, a Universidade de Coimbra, a Faculdade de Medicina em concreto, ofereceu durante anos um mestrado de Psiquiatria Social e Cultural, do qual eu fui docente durante muito tempo. Curiosamente o mestrado, um mestrado aberto... pessoas com licenciaturas das mais variadas áreas, mas muito procurado por psiquiatras. Ou seja, não há uma oferta, mas há uma procura. E há uma lacuna, neste momento parece-me, há uma lacuna grave em Portugal. Não há, de fato, essa oferta especializada para os psiquiatras.

Quanto à questão da Débora, uma questão muito interessante também, quem são os protagonistas dos movimentos? Permite-me responder de duas formas. Quem são

aqui? Há obviamente os psiquiatras, mas há uma diversidade grande também de culturas dentro da psiquiatria, não existe só uma psiquiatria, há psiquiatras com diversas formações, por exemplo, temos gente da psiquiatria, psiquiatras de gerações mais avançadas, muito ligados à psiquiatria institucional francesa, discípulos do Tosquelles, etc. Muitos deles exilados em, muitos deles, alguns não eram assim tantos, exilados em França durante o tempo do Estado Novo, que voltaram para Portugal em 1974, e foram esses que tentaram desenvolver os modelos de saúde mental comunitária e de desinstitucionalização.

Há também uma figura muito importante que passou pelos Estados Unidos e teve contacto com os movimentos sobreviventes nos Estados Unidos e desenvolveu lá em Portugal a psicologia comunitária. É o professor José Ornelas, uma pessoa importante na desinstitucionalização portuguesa. Em termos de grupo profissional, os juristas lá têm uma importância muito grande no avanço, sobretudo na questão dos direitos humanos e da reforma psiquiátrica portuguesa. A pessoa que dinamizou de fato a primeira lei de saúde mental durante o período da democracia em Portugal, foi uma professora de direito constitucional, professora Maria João Antunes, para tratar a questão do internamento compulsório e a partir daí, a lei visava sobretudo essa questão, mas ela chamou uns psiquiatras e tal, e a partir daí desenvolveu uma lei de saúde mental, ou seja, a reforma foi de fato encabeçada, de alguma forma, por alguns juristas preocupados com a questão dos direitos humanos na psiquiatria, e concretamente com a questão da internação compulsória e dos tratamentos coercivos.

Mas a sua questão permite-me pensar quem não está lá, quem não faz parte dos movimentos, e aqui a comparação com o caso brasileiro é importante. Quem não está? Não há movimentos sociais. Os psicólogos não estão envolvidos, não se envolvem, não há uma militância da psicologia pela reforma. Agora há, algumas pessoas, mas historicamente não houve. E uma sociedade civil muito fraca também. Poucas associações de usuários ou de pacientes, e portanto é isso aí. Serve também para dar a ver o valor daquilo que vocês têm aqui em termos de movimentos sociais, que são de facto a base da vossa reforma psiquiátrica.

## **PARTICIPANTE ARTUR**

Vamos começar aqui pela Roberta. Roberta, muito legal a sua fala. Eu sou psicólogo e, por óbvio, eu acredito muito no poder da psicoterapia. Inclusive, assim, eu auxilio as pessoas com quem eu trabalho, algumas pessoas com quem eu trabalho, na retirada de psicofármacos, ou pelo menos numa diminuição. Sempre faço isso em parceria com uma rede de apoio dessas pessoas e tudo mais, então acredito muito no efeito da terapia. Só que assim, a gente tem que ter um cuidado pra não centralizar ou não dar importância demais também pra... Eu sei que você não falou isso, tá? Mas, aproveitando a deixa, a gente tem que ter o cuidado pra também não centralizar muito ou não superestimar o poder da terapia, que a terapia ela não salva ninguém. É um recurso, assim como muitos outros recursos que a gente tem. Então, a gente tem que, e eu acho que isso é muito parte do nosso dever também, fortalecer muito a rede de apoio das pessoas com quem a gente trabalha, entender um pouco como funciona o contexto social dessas pessoas, para ver o que funciona para elas, o que não funciona. E às vezes isso não é óbvio para ela, então acho que trabalhar um pouco nessa perspectiva é muito legal. E eu concordo com você quando você fala que os manicômios não estão apenas dentro de paredes. Isso é um trabalho que a gente precisa fazer diariamente. A medicalização é um processo extremamente entranhado na gente, principalmente na nossa sociedade brasileira.

Então, um deslize que a gente der, a gente está com um discurso medicalizante, a gente está com um discurso manicomial. Então, a gente precisa, antes de falar para os outros, a gente precisa primeiramente falar para si mesmo. Então, obrigado, viu, Roberta.

O Nathan, eu acredito muito na coletividade. Essa coisa que você disse de uma terapia individual, a gente faz porque o código de ética orienta a gente, mas eu acredito muito na coletividade, nas rodas de conversa, no... Agora, no doutorado, por exemplo, eu tenho estudado muito, é o objeto da minha tese, o Movimento Internacional de

Sobreviventes da Psiquiatria. E quando a gente estuda as iniciativas canadenses, as próprias iniciativas nos Estados Unidos, em outros países, como no Reino Unido, a gente vê a importância da coletividade dentro desses movimentos e como eles se ajudam. Então, quando o assunto é, de fato, uma ajuda na própria retirada de drogas psiquiátricas, acho que a presença de um profissional que trate essas pessoas de maneira ética é importante, mas acho que a gente precisa estar sempre ouvindo elas, acima de qualquer coisa. Acabei.

## **MARIAMA FURTADO**

Acho que a gente já discutiu bastante coisa, né? Então, assim, para fechar, agradecendo que essa mesa foi muito potente, incrível. E acho que você falou também, Roberta, rapidinho sobre o efeito das psicoterapias na neuromodulação também, especificamente, eu entendi que você estava se referindo a isso. E aí eu fiquei com vontade de te falar, por exemplo, dos estudos sobre o trauma. O Peter Levine, o Gabor Maté, várias pessoas têm pensado nessa questão do trauma e da... Então, só para te indicar aí caminhos que eu gosto de pensar em cima disso que você trouxe. E acho muito importante também falar o que você trouxe para fechar, que é pensar como é complicado nos currículos da medicina e dessa área pensar a saúde mental e as questões da subjetividade fora do diálogo e da interseção com o campo das ciências sociais e humanas. Eu acho muito perigoso que a gente lide com a temática da saúde mental sem fazer esse diálogo. Os currículos hoje, também sou professora universitária, assim, mesmo na psicologia, cada vez mais, principalmente no ensino public, privado, a gente não tem nem filosofia mais, elas se tornam EAD na maior parte dos currículos das universidades privadas.

Então é muito complicado a gente não filosofar, não fazer epistemologia da saúde, epistemologia da ciência, não pensar, por exemplo, referências que falam sobre o poder psiquiátrico, ler Canguilhem, ler Castel, falando sobre a ordem médica, que são autores



que já não se estuda mais. Bastante oportuno que quem está ocupando esses espaços de transmissão possam resgatar esse diálogo.

Maurício, obrigada pela sua fala. Foi muito importante também. E acho que, fechando, um pouco do que eu trouxe da fala nessa coisa do coletivo. O sentido para a vida a gente constrói coletivamente, solidariamente. Por isso é tão importantes os trabalhos em grupo. Obrigada.

### **PAULO AMARANTE**

Acho que foi bem potente essa discussão dessa mesa. Que bom contar com a atenção de vocês. Você pode passar para as breves considerações de cada palestrante, que é importante.

### **ANTÔNIO CARLOS MORAIS**

De lá para cá, Tiago, suas considerações finais, breves?

### **TIAGO PIRES**

Não, não tenho. Quero apenas agradecer. Obrigado pela vossa escuta, pelas questões. Obrigado.

## **MARIAMA FURTADO**

Queria agradecer também, como eu já disse, foi uma oportunidade maravilhosa poder estar aqui, poder estar com pessoas importantes, participar dessa mesa maravilhosa. Desculpa, gente, falar tanto. Da próxima eu falo menos um pouco. Obrigada, pessoal. Obrigada, Paulo, por esse convite e pela generosidade de fazer, junto com toda a equipe do LAPS, esse seminário anualmente, resistindo bravamente. Um seminário fundamental, muito importante para a propagação e consolidação dessas discussões.

## **ARTUR CARDOSO**

Bem, primeiro, eu me sinto muito honrado, me senti honrado de estar com essa mesa, porque a gente está aprendendo. E a gente não sabe, basicamente, nada ainda das coisas. E agradecer ao Paulo, à Ana. Enfim, acho que eu tenho uma expectativa. Por que todos nós temos expectativa. Eu estava na minha visão. Eu sou farmacêutico industrial, esqueci de falar. Só falando com ele, falando sobre a questão do receituário, eu acho que a... Tem uma questão que é de ordem legal, isso é antigo. Você foi para a questão da regulação sanitária, a legislação sanitária do arcabouço legal, fala dessa diferença entre o receituário e a questão... eu, praticamente, acho uma coisa... Desculpe se eu vou agora dar uma falada, porque tem coisa que toque, que eu acho interessante.

Toda vez que escuto esse discurso, lembro de um artigo que falei do professor Eliezer Barreiro, que já faleceu, grande figura da UFRJ. A gente ficava conversando e lembrava da época do Eurico Gaspar Dutra, da época do Ioiô, das importações de Ioiô e daquelas tecnologias antigas. Ali começou todo um processo da questão dessa transformação da formação dentro da área. Aí você tem uma passada rapidamente de uma legislação sobre a questão de regulação dos medicamentos, aquela arte do faça-se segunda arte, onde o farmacêutico também tinha que aprender essa arte como médico.

Era bem individual. Então isso foi se acabando, acabando, acabando, e hoje, realmente, para mim, me causa muito espanto quando eu escuto pessoas falarem o nome do remédio em si, quer dizer, a marca. Então isso também é um conceito que trabalhou bem.

Eu tenho um neto que é autista, eu rasguei já duas receitas, que eu não concordei. Hoje, graças a Deus, ele está bem equilibrado, está com um excelente profissional e está com um esquema terapêutico e que é necessário, segundo a Mariama falou, é verdade, nós não estamos falando tipo assim, ‘vamos banir tudo isso’. É uma questão de racionalidade. Eu uso a racionalidade do medicamento, ele é importante, eu acho que o sistema de saúde é um caminho para que a gente pense realmente na organização desses serviços e como enfrentar também a questão da industrialização desse ensino, que, na minha opinião, está muito complicado, o chamado TCC via Google. Acho que isso aqui é muito importante. Muito obrigado, mais uma vez, uma sexta-feira no Rio de Janeiro, recomeço depois do samba.

## **ANTÔNIO CARLOS MORAIS**

Então, fechamos a mesa. Muito obrigado.

## PALESTRA

*“A experiência inovadora da reforma psiquiátrica brasileira”*

---

### **ANA PAULA GULJOR**

Bom, boa tarde. Nós caminhando aqui para a última mesa, peço às pessoas que, por favor, se acomodem. Antes do encerramento, nós vamos ouvir o nosso parceiro de tantos anos, Robert Whittaker, para a palestra “A Experiência Inovadora da Reforma Psiquiátrica Brasileira”. O Robert, como já foi apresentado no outro painel, é jornalista, escritor e fundador do site Mad in America e da comunidade internacional Mad in the World. Autor de importantes livros de investigação...Eu vou esperar um pouquinho. Aí a gente...Essa troca, todo mundo ficam mais agitadinho. Onde é que eu estava?

Autor de importantes livros de investigação e denúncia da corrupção da psiquiatria, como “Anatomia de uma Epidemia”, com edição em português pela editora Fiocruz, “*Mad in America*”, e “*Psychiatric Under the Influence*”, ambos sem tradução para o português. Ganhador de importantes prêmios de jornalismo e finalista do Prêmio Pulitzer em Serviço Público. Robert, por favor, a palavra é sua.

### **ROBERT WHITAKER**

Um momento. Quero dizer outra vez, minhas graças por estar aqui e por ter essa oportunidade. E cada vez que venho aqui me... disse a mim mesmo essa oportunidade de estar com os meus amigos do Brasil outra vez e também para ouvir outros e aprender deles. Todas as apresentações foram maravilhosas. Eu sei que vocês ouviram que eu ia falar sobre o caso da reforma brasileira, mas não vai ser exatamente isso, porque eu não

acho que eu sei bastante sobre esse tema. Aqui é o que eu vou falar sobre há chamados agora por todo mundo por uma mudança de paradigma na psiquiatria. E o que é possível. Então, o que eu vou falar sobre é um histórico breve sobre como uma mudança de paradigma acontece na psiquiatria e como isso sempre envolve uma nova concepção de pessoas que nós chamamos de paciente, porque isso é muito importante para cada mudança de paradigma.

E depois falaremos sobre a questão da reforma no Brasil e, por conta do histórico de vocês aqui de reforma e porque vocês têm esses seminários anuais e todo esse trabalho que, Paulo, todos vocês têm feito. Vocês têm uma chance, o Brasil, de serem líderes reais nesta mudança de paradigma. E por líderes, eu quero dizer numa escala internacional. Então, minha esperança com essa conversa é que vocês saibam que têm essa responsabilidade de fazer essas mudanças. Este é o foco desta apresentação e será por 30 minutos, mais ou menos.

Se nós olharmos por mudanças de paradigma, e eu vou passar aqui por 250 anos, se nós voltarmos para os tempos coloniais, e eu vou falar da psiquiatria inglesa, eu não sei o quanto isso se aplica na psiquiatria brasileira no século XIX, eu não sei. Mas se voltarmos para os tempos coloniais nos Estados Unidos, a ideia que o insano, como era chamado, era a idade da razão naquela época. E o fato é que a concepção é que, porque essas pessoas tinham perdido a sua razão, foi uma razão de separar o homem do animal, e eles descendem. Aqueles que perderam a razão, eles eram colocados num nível mais baixo, como se fossem animais. É por isso que os hospitais que foram construídos na Filadélfia em 1752, eles colocavam as pessoas insanas no fundo, onde só tinha palha para eles dormirem, não tinha roupa. E nos finais de semana as pessoas da Filadélfia iam pagar o dinheiro para poder ver essas pessoas loucas como se estivessem vendo as pessoas no zoológico.

Essa foi a primeira concepção. E a concepção é que eles perderam a humanidade deles, porque eles perderam a sua razão. Agora, a grande mudança de paradigma que nós temos vem com os quakers. Vocês sabem os quakers? São os grupos religiosos. Os quakers são uma maneira de falar. Eles têm uma ideia de círculo. eles não tinham ministro neles. Os mórmons tinham um modelo de liderar, de louvar, e eles falavam...

um dos membros morreu em um asilo, em Bethlehem, na Inglaterra. Esse era um lugar que estava encarretando as pessoas nas paredes, e nós pensamos, não sabemos o que causa a loucura, aqui está a chave, mas nós sabemos que eles não são animais. Tem essa palavra *brethren*, como eles são irmãos, eles são como nós. No momento em que você concebe alguém como irmão, temos que pensar o que nós precisamos, o que nós gostamos, e eles construíram um retiro no campo para que as pessoas estivessem na natureza. Eles receberiam um grupo à comida, No dia, eles exercitavam, tinham espaços de leitura onde vestiam roupas e a ideia era que eles davam um espelho para a pessoa, para que elas viam que não era uma pessoa insana, era uma pessoa que possa controlar suas emoções, para que se refletisse nessas imagens que eles viam no espelho.

E este modelo de reforma, nós tínhamos... o Quaker nos Estados Unidos dominou. O primeiro asilo foi em Nova York, em 1792, e eles começaram a receber muitos relatos com bons resultados. Eu vou usar o termo que se usava na época, que se usava para aquelas pessoas que tinham tempo para se recuperar a saúde. Dois terços de ano poderiam se voltar para esses espaços, e eles tinham esses pensamentos muito bonitos. Nós não entendemos o que causa a loucura, mas nós sabemos que os filhos de Deus, e como os filhos de Deus, eles têm uma capacidade para se recuperarem, recuperarem seus sentidos, recuperarem sua razão, e mesmo se eles não tiverem, nós temos uma obrigação de cuidar, de prover abrigo, de dar uma boa vida e tratá-los como irmãos. E isso dominou nos Estados Unidos, nesse hospital em Boston, que foi o primeiro hospital psiquiátrico que tivemos naquela época. Eles adaptaram-se em um modelo que... tratamento moral.

Nos próximos 40 anos este foi o modelo de cuidado nos Estados Unidos e sempre foi um cuidado muito humanista. Boa comida, exercício, o pensamento de que as pessoas poderiam se recuperar, que tinham danças. Nós tínhamos equipes de beisebol que iam lá, era uma concepção diferente de seres humanos. E os historiadores voltaram aos registros da época e eles olharam aos históricos dos casos. E essas pessoas que chegavam nesses asilos, eles tinham alguns distúrbios. E o que eles encontraram? E os pesquisadores na época mostram que dois terços desses insanos eles se liberavam em um ano e não voltavam mais para os asilos. Só 45% se tornaram cronicamente doentes. Este foi o

melhor resultado que você vê na história dos Estados Unidos para pessoas que tiveram distúrbios e tiveram que voltar à sociedade.

Agora, pensem nessa mudança de paradigma. O que acontece? Porque eles reconceberam essa ideia dos insanos como irmãos, como nós? E o que acontece? O que acontece para a terapia moral no final do século XIX?

Bom, essa terapia moral, essa forma de cuidado se tornou tão popular, foi popularizada por uma mulher, que foi para a Inglaterra, ela se recuperou de um asilo e dizia que nós temos um trabalho para nos inspirarmos, para trazer esse cuidado formal para todos. Este primeiro trabalho foi para construir as ilusões mentais seguindo este modelo. Agora, o problema é que este modelo, a ideia é que seria pequeno em tamanho, 250 pessoas no mínimo. A ideia é que seja agradável arquitetonicamente, cuidar de horta, como se fosse uma área residencial. Mas o problema foi que eles tinham esses asilos públicos e a comunidade local começou a encher esses asilos das pessoas com doenças neurológicas, com sífilis, com demência, essa série de coisas. Eles se tornaram muito inchados e a área, o número de recuperação caiu muito e se tornou uma falha. Mas a falha não foi do cuidado humanista, foi isso de jogar todas as pessoas naquele espaço com diferentes doenças.

E o que começou? Começamos um momento muito sombrio e eu estou muito seguro que esse momento sombrio aconteceu no Brasil também. E foi quando nós ficamos sobre a influência da eugenia. E todos vocês sabem o que é Eugenia? Uma escola de pensamento que veio da Inglaterra e a ideia era que um grupo de pessoas na sociedade tinham bons genes e um grupo de investigadores na Inglaterra dizia que essas pessoas ricas na sociedade têm esses genes bons. E havia pessoas com genes ruins, que seriam uma ameaça à sociedade. Você tem que organizar a sua sociedade de uma maneira eugênica, onde aqueles com bons genes poderiam se reproduzir e seriam permitidos a ter filhos. E é preciso excluir aqueles que tinham genes ruins para ter filhos. E aí começou-se a ranquear as pessoas em termos de seu caráter genético. E isso se tornou popularizado. Nós fomos o primeiro país a adotar essa ideia e torná-la uma legislação.

E uma das razões foi que nós éramos uma sociedade com muitos imigrantes escravizados que foram libertados, pessoas escravizadas que foram libertadas e aí

começamos a ranquear as pessoas. E o que isso escondia era que as pessoas que tinham a doença mental eram aquelas que não eram ranqueadas, elas tinham genes ruins. E lá pelo final dos anos 1800, nós começamos a adotar políticas eugênicas. E o que significa isso? Primeiro, nós tínhamos leis dizendo que eles não podiam casar. Então, se você era visto como tendo um problema mental, você não podia casar. E se você quisesse casar, você tinha que ter alguém local dizendo que você não era maluco. Então eles conseguiram, faziam com que as pessoas não se casassem, porque eles não conseguiam ninguém que declarasse que eles não eram malucos. Então, você tinha que prender aquelas pessoas de alguma forma, para que eles não pudessem procriar. Então, a ideia é que você começou a criar matrimônios, colocá-los lá e deixá-los lá, e não tirá-los de lá, a não ser que eles tivessem passado já por esse período de fertilidade, quando não tivessem mais fertilidade.

A segunda coisa que fizemos é esterilizá-los. Então, a Corte Suprema decidiu que você podia esterilizar essas pessoas com problemas mentais porque, em essência, eles eram peso para a sociedade. Você viu o que poderia acontecer ali? Essas pessoas não estavam se multiplicando, elas eram uma ameaça para a sociedade e a ideia eugênica atingiu o seu pior momento com o nazismo na Alemanha, que matou todas as pessoas com problemas mentais, porque eles não eram adequados. Então, nos Estados Unidos, se falou também de matar essas pessoas. Nós tivemos uma troca científica com os alemães, que mandavam o pessoal lá para os Estados Unidos para falar sobre essa questão da esterilização e implementar também o que eles estavam fazendo. E quando eles começaram a matar essas pessoas, e nos Estados Unidos as pessoas começaram a dizer, ‘viu, a Alemanha está ganhando da gente no nosso próprio jogo’. Então, nós tivemos algumas terapias médicas introduzidas, que eram conhecidas por serem aquelas que causavam estragos no cérebro. Então, venenos que deixavam você com convulsão, eletrochoque, e lobotomia frontal.

A lobotomia foi introduzida por um neurologista português, Egas Moniz, que se tornou popular depois nos Estados Unidos, e se você olhar para os resultados científicos lá pelos anos 40... Vocês sabem o que é a cirurgia de lobotomia? Você mutila os lóbulos frontais. E se eu tivesse o cérebro de um chimpanzé e o cérebro de um ser humano e segurasse os dois, eles seriam quase idênticos, com exceção do lóbulo frontal, que é mais



pronunciado nos humanos. Então, você mutila essa fonte de consciência do ser humano. E isso era visto como um milagre na cirurgia. Por quê? Porque transformaria as pessoas em pessoas mais calmas, que não se importavam com nada. E você podia ler as informações sobre como essa lobotomia...E as pessoas, às vezes, que eram musicistas, e como essas pessoas não se importavam mais sobre nada, eles gostariam só de sentar na janela e ver o tempo passar sem interesse nenhum na vida.

E lá em 1949, o Egas Moniz ganhou o Prêmio Nobel de Medicina por ter inventado a lobotomia. Isso ficou lá por uns 40, 50 anos. E depois da Segunda Guerra Mundial, a eugenia se tornou algo que foi desacreditada, uma filosofia desacreditada. E tinha uma conversa, mesmo no final dos anos 50, em que eles começaram a dar alta para essas pessoas nos asilos, nos manicômios, porque o motivo para deixá-las estar não era mais tão forte. E nesse novo momento, tem a introdução de uma droga que nós chamamos de promazina. Como vocês chamam ela aqui? Clorpromazina? Então, essa droga foi introduzida e foi como o primeiro antipsicótico, mas não foi descrita assim quando foi introduzida. Foi descrita como produzindo uma lobotomia química. E como um tranquilizante que fazia as pessoas ficarem quietas e desinteressadas. E, eventualmente, novas histórias chegavam sobre como esse é o primeiro passo de uma revolução muito grande, mas não foi o que aconteceu quando ela foi introduzida, foi uma continuação de práticas que já estavam sendo feitas.

Mas o que vai acontecer agora nesse ponto, nos próximos 25 anos, é que nós vamos ter uma divisão de narrativas, pelo menos nos Estados Unidos. Uma narrativa vai ser a biológica. E eles veem nessa medicação, na clorpromazina, uma forma de elevar a profissão psiquiátrica e dominar todas as... exercer poder na sociedade. E a história é de que essas palavras eram antipsicóticas, que eram um antídoto para a psicose. E isso era como um entendimento parecido com antibióticos que você tem nos anos 40, que eram drogas muito eficientes contra as bactérias e agora, com essa luz biológica, esses medicamentos, a psiquiatria dizia que esses medicamentos eram equivalentes aos antibióticos e essa era uma linha da psiquiatria.

E tem uma segunda linha que vem das ideias de Freud. E também tem uma terceira linha, que é uma linha social da psiquiatria. A psiquiatria social dizia que a

psiquiatria tinha funcionado como um controle social, não era exatamente uma disciplina médica, e que os problemas estavam enraizados numa patologia no cérebro, mas nas condições sociais que as pessoas viviam, num sistema opressivo. Então, nós tínhamos agora, depois de 55, narrativas interessantes. A biológica, com os antipsicóticos, e, em contraste, uma narrativa social. As pessoas estavam respondendo ao ambiente delas. E, nesse ponto, a narrativa biológica foi aquela que nós utilizamos hoje, que sobreviveu até hoje, que diz que a clorpromazina era uma revolução, um avanço no cuidado que desinstitucionalizava, que dava alta aos pacientes, e não é verdade. A desinstitucionalização aconteceu quando as sociedades começaram a cuidar das pessoas na comunidade. Isso não começou com as drogas. E quando eles começaram a dar alta para as pessoas que estavam usando antipsicóticos, eles perceberam que elas tinham mais recidivas do que antes, e não conseguiam sobreviver na sociedade, não conseguiam trabalhar.

Mas essa não é a narrativa que eles usavam nos livros. Nos livros eles diziam que a clorpromazina chegava, que era uma revolução da psiquiatria e que era um avanço nos cuidados psiquiátricos. E, nos Estados Unidos, existem essas duas narrativas que chegaram aos anos 70. Você tinha os estudos com esquizofrenia, Loren Mosher, e o Loren dizia assim, eu vou fazer um experimento que é o experimento Soteria, e o que nós vamos fazer é pegar pessoas que foram diagnosticadas agora com essas desordens e vão ser tratadas. Uma parte vai ser tratada com as medicações, as drogas, que é a narrativa biológica. E também vamos randomizar pessoas que vão ficar numa casa, não com profissionais da área de saúde mental, mas com outras pessoas comuns, que não eram patologizadas, e não vamos medicalizar essas pessoas. E vamos deixá-las ali com outras pessoas num caminho de cura. E foi feito como um experimento, e aí eis o que eles acharam.

Depois de seis semanas, as pessoas randomizadas na soteria estavam muito bem, em termos de sintomas melhores do que as que eram tratadas com medicamento. E depois de mais tempo, elas estavam melhores ainda, elas não tinham recidivas, tinham uma função social muito melhor. Então, a Soteria foi um sucesso. E um pequeno detalhe, a Soteria foi dirigida, nesses dez anos, pelo primo do Jimi Hendrix. E um dos motivos

pelo qual teve tanto sucesso era porque ele era uma pessoa extraordinária. E eu brinco sempre que depois que você entrava na casa, as pessoas diziam, ‘nossa, eu devo ser uma pessoa muito legal, porque ele gosta de mim’. Ele fazia você se sentir especial.

Então, o que aconteceu depois disso? Isso foi uma ameaça para a narrativa biológica, porque esse modo social tinha resultados melhores. E o que aconteceu? Eles mataram o Loren Mosher. Não fisicamente. Mas tiraram ele do papel dele, do lugar dele, nos estudos de esquizofrenia, isso foi uma coisa que eles disseram, essa é uma forma de pensar que nós não vamos tolerar. Ele foi tirado dali e você tem aí o DSM-III, o manual DSM-III, que vocês ouviram muito sobre ele nesse último painel. E o motivo para surgimento desse manual é que esse pessoal da biologia tinha que se declarar poderoso e com prestígio e nesses jalecos brancos, porque esses médicos com jaleco branco têm prestígio. E isso vai ser o triunfo da medicalização que vocês ouviram anteriormente. Eles vão conceber essas desordens, essas condições como algo do cérebro. E não tinha nenhuma ciência que apoiasse essa concepção de medicalização. Foi uma proposta de mercado.

E eu quero que vocês vejam uma coisa aqui, quando a gente fala de mudança de paradigmas. Esse modelo de concepção separa as pessoas de todo mundo. Você tem pessoas normais, que têm uma química normal no cérebro. E você tem as pessoas que têm problemas na química do cérebro que são diferentes. E como essa população entende essa história, à medida que eles recebem essa narrativa eles começam a ficar com medo das pessoas que têm problemas mentais, não querem ser vizinhos dessas pessoas. Então, você tinha essa ideia de que era uma coisa genética, que era gênica também. E você ainda lê isso, você tem essa associação com a genética. E se você entrar a fundo nessa literatura, você acha sempre isso, que não existe nenhum gene, nenhuma vulnerabilidade genética que dê conta de um risco de desenvolvimento de esquizofrenia e bipolaridade. Bom, isso tem muitos riscos, as circunstâncias sociais, você mora em pobreza, como é a sua família, você estava seguro como criança. Se você olha para essa história, você vê o quão importante é a concepção do outro. E vocês entendem o que eu quero dizer com o outro? Esse outro é como eu, como nós, ou é diferente. E eles viam a pessoa que era diferente e eles reproduziriam condições de opressão, condições de abuso. Nós tivemos

ontem duas falas muito boas sobre a autonomia sobre as suas vidas, sobre o poder das suas vidas. Este modelo de doença tira a autonomia da pessoa, porque você disse que as pessoas que estão resistindo ao tratamento estão perdendo a razão sobre o tratamento de sua doença. Então, isso retira completamente a autonomia e o poder de decisão das pessoas. Bom, eu não vou concluir isso rápido, porque eu quero chegar ao ponto.

Por que eu acho que o Brasil pode ser um líder nesse assunto? Quando eu escrevi “A anatomia de uma epidemia”, foi para poder olhar para este modelo de doença e ver quais são os resultados que isso produz. Principalmente, isso é verdade. Essa narrativa de desequilíbrio químico é verdadeira. Bom, ela se destruiu já tem um tempo. É uma hipótese que começou nos anos 60, baseada no entendimento do mecanismo das drogas, e já no começo dos anos 80, os pesquisadores falaram que eles não achavam evidências que a baixa serotonina causa depressão. Nós achamos que a baixa dopamina é a causa da depressão. E no começo dos anos 80, eles estavam dizendo, por exemplo, que as drogas, os antipsicóticos bloqueavam a dopamina, causam uma regulação nos receptores, o cérebro se torna sensitivo, e isso fazia com que as pessoas ficassem mais vulneráveis biologicamente às psicoses. E é por isso que as drogas tinham que ser com doses mais severas.

Então, se você vai olhar o histórico, vocês vão ver que não é um histórico de progresso, porque essa história do desequilíbrio químico fez um progresso, descobriu suas moléculas e tal, mas se fosse verdade, teria sido um avanço. Encontrou-se essa narrativa onde eles não encontraram a patologia, criaram-se essa patologia e isso pareceu ser um mecanismo para a questão dos sintomas. E o que eu estou vendo aqui é que se você perceber na anatomia da epidemia, você vê os resultados na saúde pública, você vê um pioramento na questão do modelo de doença, os resultados para diferentes classes de pacientes com esquizofrenia, com resultados piores do que entraram, com dificuldades no trabalhar, dificuldades sociais, questões de doenças mentais aumentaram.

Isso se espalhou por cada sociedade dessa maneira. E eu escrevi este livro e o meu próximo passo foi... eu comecei a escutar muitas pessoas que falavam que precisávamos repensar. É por isso que eu comecei essa Mad in America e essa ideia que eu tive. Aqui temos a nossa missão, a nossa declaração de missão. A missão é servir como um

catalisador para repensar o cuidado psiquiátrico nos Estados Unidos e no resto do mundo. Nós acreditamos que o modelo de drogas psiquiátricas falhou na nossa sociedade e as investigações psiquiátricas chamam, clamam por uma mudança profunda, uma mudança de paradigma. Isso foi em 2012 e agora eu queria mudar para falar o que está acontecendo no Brasil.

Fernando e Paulo começaram a me convidar, eu acho que a primeira vez foi em 2014. Vocês viram que eu fui idiota, eu esqueci de ter o visto, mas depois eles me chamaram de novo. Sim, em dois minutos, que foi... E o que eu vi em Fernando e Paulo foi algo tão único, e também nos seus colegas, porque eles estavam tão interessados em repensar a psiquiatria. Eles já estavam prontos para fazer isso. E agora, o que tem acontecido no Brasil desde aquela época? Primeiramente, eles começaram o *Mad in Brazil*. Vocês são o segundo. Acho que *Mad* na Espanha foi o primeiro. E agora temos 18. Tem 18 diferentes afiliados. Eu acabei de voltar de Polônia e Eslovênia, e eles estão começando os deles também. Por que temos 18 afiliados? Tem um na Ásia, tem um no sul da Ásia, por pessoas de Camboja, na Coreia.

Por que temos 18 afiliados para o *Mad in America*? Porque este sistema de cuidado falhou. Em todos os lugares, em todos os lugares, temos esses movimentos de base, movimentos de base que estamos falando, que vieram das vozes das pessoas que viveram essas experiências, que viveram essas experiências políticas. Mas uma coisa que nós fizemos no *Mad in America* foi chamar essa mudança por reforma. É uma mudança científica. A ciência também nos pede para que mudemos.

Mas o que é único sobre o *Mad in Brazil*? Olhe para esses cartazes aqui abaixo. Quem está aqui patrocinando essa conferência é uma instituição com uma grande legitimidade e prestígio no Brasil. Isso não está acontecendo em lugar algum. Em todos os lugares, as instituições estão contra isso. Vocês são o único país que eu conheço onde vocês têm este discurso apoiado dentro de uma instituição que tem prestígio. E isso é precisamente porque o Brasil está em uma posição de ser um líder nessa mudança de paradigma, porque vocês trouxeram o discurso para o *mainstream*. Agora, o *Mad in Brazil* traz a ciência para frente.

E eu queria falar também algo aqui. Fernando e Paulo começaram o *Mad in*

Brazil. Nós fizemos uma entrevista com eles. E depois, Fernando falou, por que eles começaram o Mad in Brasil. Ele disse, nós queremos questionar esse conceito de modelo na doença para refletir, repensar, mudar o tom da conversa. E por que mudar a conversa é tão importante? Porque uma vez que você muda a conversa e você tem um novo discurso, E isso é o que empodera uma mudança de paradigma, porque as pessoas agora estão pensando diferente, estão acreditando diferente.

E vocês viram exemplos, os painéis foram maravilhosos. Mas o painel que vocês viram hoje, isso nunca aconteceria nos Estados Unidos. Não teria acontecido, porque seria visto como algo muito contrário aos poderes instituídos nos Estados Unidos. Vocês têm tanta sorte de ter esse discurso. Não há outro lugar onde você tenha um oitavo seminário anual para questionar o uso de drogas psiquiátricas. Isso só existe no Brasil. Vocês devem estar muito orgulhosos. Então, vejam o que estão fazendo. Estou apresentando um desafio para vocês. Vocês estão mudando o discurso. É aceitável ter essas conversas? Isso não é aceitável nos Estados Unidos de maneira alguma. Nós estamos lá no nosso cantinho, nós recebemos seis milhões de visitas, mas nós somos chamados de antipsiquiátricos e todas essas coisas.

Agora, há um outro país que começou a implementar uma mudança sistêmica. Essa foi a Noruega. E eu queria falar aqui, a Noruega tem 6 milhões de pessoas. Vocês têm o quê? 215 milhões? É isso? 215 milhões? Bom, 215 milhões de pessoas que fazem uma mudança vai realmente causar uma diferença. Mas a Noruega também está fazendo uma mudança muito grande. Em 2015, eu acho que foi o Ministro da Saúde deles que falou: 'Porque os usuários, os grupos estavam fazendo um lobby e nós queríamos que todos os hospitais devem preparar leitos para tratamentos livres de medicação. Nos hospitais, para as pessoas que quiseram'. E vocês sabem o que aconteceu? As pessoas apoiaram esse processo de se desligar das drogas. Isso aconteceu no norte da Noruega e foi muito exitoso. Depois, um hospital privado abriu ao redor de Oslo. Eles ficaram abertos por sete anos e depois tiveram que fechar por razões financeiras. Posso explicar depois. Eles tiveram 500 pacientes que chegaram para poder livrar-se das medicações ou reduzir.

O primeiro paciente, eles receberam pacientes crônicos, foi uma mulher que

pesava uns 200 quilos, usava mais de 30 remédios, foi hospitalizada por muitas vezes nos últimos anos, e camisa de força. E essa foi a razão que esse hospital fez quando ela chegou lá. Eles falaram, ‘nós achamos que você precisa de umas férias’. E ela foi enviada para Mallorca com uma enfermeira. Hoje, ela só usa duas medicações e está trabalhando de maneira independente. Este é um exemplo de um sistema de cuidado que recompensa as coisas, não como uma doença. Coisas que acontecem nessa vida das pessoas e essa concepção muda o sistema de cuidado. E tem um discurso na Noruega que está repensando o cuidado psiquiátrico, que é muito popular, e os psiquiatras noruegueses estão tentando destruir isso porque eles são muito biologists.

E outras coisas que vocês ouviram, que o Paulo falou, é o diálogo aberto, que veio do norte da Finlândia, muito pequenininho, mas que também aconteceu porque eles reconceitualizaram o que foi errado com as pessoas. A psicose não acontece na cabeça, acontece nesses espaços de experiência. E a gente tem que ver o que acontece ali. As pessoas psicóticas levam peso de mostrar essa disrupção, esses espaços vazios. Então, você pune as pessoas por mostrar esse problema social.

Eu acho que eu acabei o meu tempo, mas eu só quero ler sobre dois outros chamados que querem uma mudança de paradigma. Eu quero que vocês escutem isso e pensem na responsabilidade de vocês de não só mudar esse sistema no Brasil, mas ser um modelo para mudanças no mundo. E aqui eu tenho duas coisas, e aí eu mudo. E esse aqui é de 2017, do relator especial da ONU, Dainius Puras. E eu vou dizer uma coisa aqui rapidinho. Dainius Puras, quando ele estava escrevendo, ele estava falando com os consultores do Mad in America, porque ele era o modelo para repensar a psiquiatria. Agora, há evidências inequívocas das falhas de um sistema que depende muito do modelo biomédico de saúde mental. Serviços de primeira linha, incluindo a linha da frente, a utilização excessiva de medicamentos psicotrópicos e, ainda assim, esses modelos persistem. Isto ocorre em países em todo o aspecto nacional e internacional. Representa uma falha em integrar as evidências e as vozes dos mais afetados na política e uma falha em respeitar, proteger e cumprir o direito à saúde.

E eu percebo que eu pulei uma parte, na verdade. Um dos motivos que eu também acho que o Brasil está tão bem-posicionado para ser um líder aqui é porque a sua reforma

psiquiátrica, nos anos 80, reconceitualizou as pessoas. Vocês aboliram os hospitais psiquiátricos e vocês criaram os CAPS, cuidados comunitários, que são um recurso que não existe na maioria dos outros países. Então, eu pulei uma parte. Isso é parte do motivo pelo qual eu acho que vocês estão tão bem posicionados para serem líderes nesse sistema de mudança. Que vocês tiveram essa reforma profunda nos anos 80, liderada também pelo Paulo, e vocês têm que dar ajuda para ele. Também, aliás, não só a legislação é incrível, a existência de vocês que levou ao fechamento desses manicômios. Eu acho que foi em 2001, 2002, vocês tiveram essa lei para proteger os direitos das pessoas. E isso foi uma coisa pioneira também, e um modelo de recursos humanos e as pessoas dizendo que as pessoas têm os mesmos direitos.

E isso é da Organização Mundial de Saúde. É necessária uma mudança fundamental no campo da saúde mental para acabar com essa situação atual. Isso significa repensar políticas, leis, sistemas. Isso foi em 2011. Sistemas, serviços e práticas nos diferentes setores... perdão, eu acho que estou com um pouco resfriado... que afetam negativamente as pessoas com problemas de saúde mental e deficiências psicossociais, garantindo que os direitos humanos sustentem todas as ações no campo da saúde mental. Você precisa de uma política no contexto do serviço de saúde mental especificamente, o que significa um movimento em direção a práticas mais equilibradas, centradas na pessoa, holísticas, que considerem as pessoas no contexto de toda a sua vida, respeitando sua vontade e preferências no tratamento, implementando alternativas à coerção e promovendo o direito das pessoas à participação e inclusão na comunidade. Qual é o conceito aqui? Eles são como nós, eles não são diferentes de nós, eles são como nós.

Então, uma história rápida aqui, É a escolha de novo. Se você vê aquela pessoa como outro, você vai abusar dela. Vocês têm políticas abusivas e vocês vão tirar a autonomia das suas pessoas. E esse é o que o modelo de doenças fez. E também falhou do ponto de vista médico, mas também é uma falha no conceito do que significa ser humano. E vocês ouviram como o DSM é pobre em termos de humanidade, mas também é uma falha do ponto de vista médico, com relação aos resultados dos serviços de saúde. É por isso que é uma honra e prazer estar aqui para mim. O discurso aqui é diferente, é num nível sistêmico que não existe em nenhum lugar do mundo. E eu estou muito feliz



de viajar para cá e o discurso aqui é tão avançado, além do que qualquer outro país está fazendo. E vocês têm que ter orgulho disso. Mas, Também dá para vocês uma responsabilidade de fazer algo diferente, de rejeitar esse modelo de doenças que foi um desastre e incorporar uma mudança sistêmica no sistema de vocês. Obrigado.

### **ANA PAULA GULJOR**

Muito obrigada, Robert. Para nós é muita honra ouvi-lo colocar desse modo, a participação do Brasil. É importante que, como você sabe, a gente precisa destacar que aqui também é uma disputa de campos, é uma disputa política e uma disputa bastante dura, que nós acreditamos que, contextualizando o que foi ditto, o tempo inteiro sobre as condições econômicas, sociais e políticas. Nos próximos dois anos nós temos um desafio, um desafio importante, é uma disputa de campo hoje, de uma disputa epistemológica, é uma disputa na linha política e na condição de possibilidade, incluindo da manutenção dessa legislação e ampliação dos direitos que advém dela.

Então, ouvir essa sua afirmativa tão forte, tão assertiva para nós, é muito importante, porque nos coloca nesse lugar, nesse lugar daqueles que vão continuar nessa luta, nessa busca pela garantia dos direitos das pessoas em sofrimento mental. Eu agradeço muitíssimo. Nessa mesa, a gente não vai abrir para conversas, porque vamos proceder ao encerramento. Eu te agradeço, Robert. Tem outro painel? Você pode dizer tchau.

### **ROBERT WHITAKER**

Ok, bem, obrigado por me receber de novo. Não, eu disse meus adeus. Eu só disse adeus. Ok, ok.

## **PAULO AMARANTE**

Sim, mas eu pensei que era só vocês. Não, quer dizer, somente vocês vão dizer suas impressões antes. Luana, eu posso dizer o seguinte, agora. Eu pego aqui e faço para você fazer um tipo de encaminhamento da portaria do museu. Portaria da Lomateca. Você chama o Andrés ou eu chamo? Andrés. Chama, eu chamo já então. Você está aqui, não precisava ficar no meio. Andrés. Andrés Techera. Bem, gente, nós vamos fazer uma mesa muito rápida de encerramento, que é um momento também importante, de fechar alguns compromissos, de elaborar um pouco uma agenda. É legal sair com... um projeto de futuro. Então é um pouco isso.

A gente convidou, o Bob vai permanecer aqui, o Andrés Techera, a Ana Paula, e depois a gente encerra, temos ainda um momentozinho de autógrafo, quem quiser ainda pegar, o livro da Mariama chegou. Esse livro nosso, “Desmedicar”, tem um texto do Dainius Puras, que o Bob falou. Então é isso, é um pouquinho, alguns minutos, enquanto também a turma do samba vai esquentando os tamborins, falando a linguagem da roda, e afinando as cordas, a gente vai sentando.

Então, Ana Paula, você quer fazer uma fala de encerramento para a gente?

## **ANA PAULA GULJOR**

Sim, acho que uma fala rapidinha para dar... despedir das pessoas.

Eu lembrei depois aqui que, esse ano, nós convidamos o Dainius, que estava no Brasil em maio, e ele veio aqui na ENSP para conversar conosco. Então, nós fizemos uma atividade que foi muito rica, não é, Paulo? Foi em maio. Foi. E ele esteve, no ano passado, no ano retrasado também, no sexto encontro. O Dainius esteve no sexto

encontro, no sexto seminário, Dainius Puras. Quando ele veio no seminário, ele ainda era na relatoria especial. Dizendo a nossa alegria de, mais uma vez, finalizar um evento como o “Epidemia das Drogas Psiquiátricas”, agradecer a nossa equipe do LAPS, o empenho, a dedicação de todos para a construção, que é uma construção coletiva. Nós temos a equipe que está aqui no cotidiano, nós temos os colaboradores, os ex-alunos, mas o certo é que sempre eles todos estão aqui. Isso, para nós, é muito importante.

Agradecer às equipes, à equipe de transmissão, à Escola de Saúde Pública, aos tradutores de Libras, aos tradutores de espanhol, aos tradutores de inglês, muito obrigada por colaborar. E agradecer a todos e todas os nossos convidados, que, para mim, foi uma experiência muito importante como profissional, como pesquisadora, mas também muito importante como forma de compreensão dessas estratégias de transmissão, de transmissão da informação, do conhecimento científico, de uma forma crítica, de uma forma democrática, e de uma forma onde a gente pode, a cada ano, trazer aqui pessoas que são expoentes nacionais, internacionais, e fazer aqui desse evento um evento de uma importância na agenda da reforma psiquiátrica brasileira e da produção científica mundial, porque eu acredito que sim, esse evento se coloca nesse lugar. Dizer, vou deixar que o Andrés e o Paulo coloquem os nossos desafios, os nossos compromissos e os nossos desafios para o próximo período. Gente, muito obrigada.

Andrés, Techera, por favor.

## **ANDRÉS TECHERA**

Bem, estamos chegando, então, ao final destas maravilhosas jornadas que nos transformaram a todos. Um pouco, eu creio que nisto das afectações, o que fazer com isso daqui a mais, o que cada fala, cada apresentação nos deixou e nos deixou em cada um, questionando o nosso trabalho cotidiano. Então, aí está o primeiro desafio, como seguir colaborando, trabalhando e trazer isso para as nossas práticas cotidianas. Esse, para mim, é o maior desafio que temos. Claro, sempre teremos contradições. Talvez nos sentiremos

pressionados por nossas instituições, pelas lógicas que imperam, mas... acho que o que é importante é seguir construindo essa nova narrativa que está aqui presente entre nós, que é algo que nos fortalece como coletivo, e com toda a trajetória desse movimento, poder construir a partir dessa trajetória. E muito a ver com a possibilidade de seguir cooperando a internacionalização do movimento e também a regionalização entre nossos países da América Latina, obviamente com os países mais próximos, com quem trabalhamos há muito tempo juntos, é o caso do Uruguai, é o caso da Argentina, e claro que outros países irmãos que estão trabalhando na mesma direção.

Por um lado, tentar construir juntos uma agenda para o novo seminário, que o próximo ano estejamos aqui novamente, discutindo novamente. E os avanços. Então, nós afirmar o convênio, a relação entre LAPS, a Universidade de Argentina, para que sejam parte, nos ajudem a conectar tudo isso que vai ficando nessas trocas de contatos, alimentar essa rede que se alimenta de afetos, porque nós somos feitos de afetos, e acho que essa é a nova clínica, a clínica dos afetos, a clínica da escuta, do olhar. Somos feitos de experiências e o que precisamos, trabalhar com os outros, com nossos irmãos, com nossos amigos, com a comunidade com quem trabalhamos, tem a ver com fortalecer a rede da comunidade. Perguntar o que eles precisam, o que eles estão fazendo. De que forma podemos ajudar de maneira conjunta.

Então, reivindicar esse cuidado e essa rede que já existe e que, muitas vezes, passamos por cima delas como uma máquina. Isso não é tão importante, isso é secundário. Temos aí uma aposta para que aprendamos a fortalecer essa rede entre nós e com quem trabalhamos. Então, por um lado, saímos daqui com compromisso de fortalecer nossos observatórios, uma ferramenta de trabalho importante que temos que servir para visualizar, monitorar, tudo que tem a ver com o avanço dos processos de reforma em cada um dos países, os desafios que ainda permanecem em cada um, e visualizar o que me parece uma partida distancial, o desenvolvimento destas novas práticas, o desenvolvimento destes dispositivos que são a base para poder desmontar essa maquinária, fortalecendo tudo aquilo que... fortalecendo as micropráticas, que não são hegemônicas, mas que estão transformando essa nova clínica, esse novo olhar sobre a

saúde mental, sobre o cuidado. Então, por um lado, trabalhar na direção, no sentido de fortalecer os observatórios, tanto o Observatório Latino-Americano, que estamos construindo junto com o LAPS e com a Universidade de Uruguai e da Argentina, e também apresentá-los ou convidá-los para que integrem o Centro de Estudos Latinoamericanos de Saúde Mental e Direitos Humanos.

Nós acreditamos que isso pode ser uma plataforma válida para fortalecer essas trocas, tendo como um dos pontos centrais tendo como um dos pontos centrais este desafio de desmontar e reverter a epidemia das drogas psiquiátricas. Agradeço muito. Vamos fortalecidos, robustecidos como coletivo, agradecer os organizadores, Ana Paula, Paulo, Robert, que é sempre um prazer ouvi-los e a cada um dos participantes que passaram, a cada mesa. A jornada de hoje foi realmente muito comovedora, a de ontem também. Deixo um forte abraço a todos e a vontade de seguir trabalhando juntos. Muito obrigado.

### **PAULO AMARANTE**

Gracias, Andrés. Eu perguntei ao Bob se ele queria falar mais uma palavra, ele disse que não, está satisfeito com o que fez essa fala. Queríamos dizer não... Vamos lá. Queremos, não é?

### **ROBERT WHITAKER**

Queremos. talvez eu deva falar em espanhol. Só quero agradecer-lo. É uma ótima oportunidade para mim. Eu sou inspirado pelo que você está fazendo. Tenho muita diversão aqui. Estou ansioso para visitar meus amigos brasileiros. Só quero agradecer-lo. É uma grande honra estar aqui e voltar quase todo ano. Espero ser convidado ano que

vem. Só quero agradecê-lo. E, por último, entendo que vocês não estão sozinhos nesses esforços de mudança. Está crescendo no mundo inteiro. Eu estava online numa conferência com a Índia e tinha pessoas de psiquiatria indiana que foram colonizadas, como foram colonizadas no mundo inteiro, e muitas pessoas dizendo nós temos que mudar isso que está falhando.

Então, eu só queria dizer, vocês serão líderes, vocês são líderes, vocês têm a oportunidade de fazer uma mudança real, vocês não estão sozinhos nessa mudança de paradigma. Obrigado.

## **PAULO AMARANTE**

Bem, eu também quero... também agradecer. Uma das coisas que mais me gratifica é esse clima de... de afeto que a gente tem, que está fazendo, está debatendo, está discutindo, mas está sentindo, escutando com muito carinho ao outro, as diferenças e construindo junto uma coisa que já tem uma história. Acho que um compromisso que a gente tem que fazer, e isso está na nossa agenda com a Ana Paula, com o LAPS, com a Fiocruz, a manutenção e, inclusive, o fortalecimento desses seminários, que a gente faz de uma maneira com muita dificuldade, a gente corre atrás, mas de colocar isso na agenda, inclusive, em termos mesmo de um projeto institucional, de que seja mantido esse seminário, esse debate.

Eu, particularmente, fico feliz e digo assim, eu sinto que nessa minha história, já de muitos anos, ontem o Michael me perguntou quantos anos eu tinha, Eu falei que tinha 72 e depois brinquei com ele, falei, não falei brincando, tenho 32. Ele falou, parece 22. Mas é legal que a gente tem pessoas. O Andrés esteve aqui no primeiro seminário, o primeiro que a gente fez aqui, e outras pessoas, a Ana Paula, toda a equipe do LAPS. A gente está vendo pessoas como o Artur, que estiveram aqui, a Mariama, pessoas que entraram aqui há alguns anos, como estudante, a turma é... toda a delegação da região serrana, que vem todos os anos aí. É muito lindo ver pessoas que a gente, de alguma

forma, foram alunos, foram iniciantes aqui, estagiários. A Mariama foi minha estudante de PIBIC. Ela não falou hoje, mas foi de PIBIC, iniciação científica. Iniciação científica comigo, depois pós-doutorado, Lucrecia, tanta gente. É muito legal ver porque estão surgindo novos atores, pessoas que levam esse projeto como um projeto político. Isso é muito maravilhoso.

A outra coisa, dentro dessa... Eu vi várias discussões aqui. A importância realmente da gente desenvolver processos formativos críticos sobre esse tema, com uma consistência de possibilitar, que não se trata só disso, do médico ou não, do profissional, dos próprios sujeitos, chamados sobreviventes, usuários, pessoas com... Mas se trata também de ter acesso a outras formas de informação. Há outras informações sobre o que as pessoas vivem, sobre as políticas que estão por trás disso, isso é muito importante, é revelador. Então, tanto a Olga Hansman, hoje uma grande liderança internacional, já esteve aqui também com a gente, nós estivemos com ela na Dinamarca ano retrasado. Ela diz que o livro do Bob, "Anatomia de uma Epidemia", epidemia no sentido realmente crítico que ele coloca, e nós resolvemos adotar o nome aqui, foi um livro que mudou a vida dela, mudou literalmente.

A forma como ela vivia o tal sofrimento, a doença, como é que se chama, ela mudou. A gente viu também a Camila falando ontem, também essa mesma... Então, muitas vidas a gente muda, consegue mudar, a gente conseguiu, eu falo sempre nesse processo de reforma psiquiátrica, tirar milhões de pessoas de manicômios. Milhares, exagerei, mas é pela emoção. Mas são milhares. E talvez impedimos que milhões entrassem nos manicômios. A medida que a gente foi criando novos serviços, novos dispositivos, novas relações, acho que o mais fundamental é que a gente vá criando possibilidade de ressignificar essas experiências, não como algo que é obrigatoriamente doença, tem que tomar remédio, a gente vai mudando, e criou muitas possibilidades. Então, os processos formativos são fundamentais. A gente tem que fortalecer mecanismos de diálogo com a sociedade.

O Mad in Brasil é um desses. É uma das páginas mais acessadas da rede Mad in World. A gente conhece, então, a Mariana, o E... o Enzo que está ali, pessoas que a gente foi conhecendo, que estão escrevendo, que estão colaborando, o Marcos, a Camila. Então,

isso é muito importante que vocês mandem matérias, mandem coisas, escrevam, contribuam, construam isso como um projeto político. A gente é a base aqui, muito pequena, administrativa e tal, mas é para isso, para que seja um espaço. Existem outros meios também de comunicação. Fiquei muito feliz, o Bob fez duas ou três referências a um artigo que escrevi dois dias antes, já que mandei para *outras palavras, outra saúde*. Então é legal. Quanta gente que recebi mensagens dizendo, eu li, concordo, discordo, mas você mobilizou, você mexeu na pessoa, chegou a ela.

Então a gente tem que fazer esses meios de comunicação também. Outra coisa que foi falada, Nathan, não lembro se o Nathan falou, e outros tantos, também as duas que falaram ontem, colegas, a Mariana, Camila, da importância, o trabalho do que o Tiago também falou, de estimular processos coletivos, de autoajuda ou de ajuda mútua, foi criticado o termo de auto no sentido de que... Mas de ajuda mútua, de processos coletivos, de cooperativismo, de cooperação, de solidariedade, de coletividade, de pertencimento social, a gente tem muitas coisas que a gente pode estar fazendo, aumentando esses diálogos. Então é isso.

Hoje eu vi uma crítica, a internet bombou, as pessoas às vezes falam assim, não sei quantas mil pessoas participando, em entrada permanente, o Elcio ali e o pessoal do Fábio, lá do apoio, da transmissão, ficavam me mandando os dados, muita gente escrevendo, falando e tal. A importância que tem também, dentro desse processo crítico de mudança, a questão da arte, da cultura, da literatura. A gente vê o quanto isso pode mudar. O Holmes falou disso, a Mariama também, não como mera terapia ou mero emprego, trabalhozinho de situação menor, mas como realmente formação de possibilidades, de outra forma de estar no mundo, de lidar no mundo.

Bem, nós vamos ainda ter... na programação, embora nós estamos dando autógrafos, escrevendo, dedicatórias por aí, mas um espaçozinho aqui no hall para ainda quem quiser uma dedicatória, escrever, tirar uma foto com o Bob. Temos a foto tradicional aqui que a gente tira e todo mundo aqui que permaneceu.

Mas eu queria, assim, eu quero falar algumas, a Ana já agradeceu, mas eu quero agradecer a direção da escola, a Fiocruz, pessoalmente a Ana Paula, nossa coordenadora do LAPS e presidente da ABRASME, ao Bob. O Bob, o Bob, eu chamo de Bob, já falei



com vocês, é uma entidade como o Bob. O Michael Hengartner. Quero agradecer ao Tiago, à Mariana Witte Lins, à Camila, ao Andrés Techera. Estou vendo aqui pela ordem. O Marcos Ferraz, a Mariama Furtado, o Arthur Cardoso, Tiago, já falei, não é? Bem, e a Camila.

E eu quero dizer, vou tentar, a gente tem sempre o risco de errar, mas toda a equipe do LAPS, a Leandra, a Camila, a Jéssica, o Matheus, a Valesca, o João Pedro, a Renata aqui da direção da ENSP, a Marcinha, que traz a água aqui, que é uma delícia de pessoa, a Fabiana, a equipe aí do brunch, da gente, do lanchinho, muito educados, muito gentis, estava muito bom o suco de laranja, os docinhos também, o Elcio aqui do auditório, o Fábio da TV ENSP, a equipe de tradutores, a Ana já falou, a equipe de libras, uma salva de palmas para as libras, que eu adoro as libras. O Edvaldo e o Paulo Sérgio, lá do Bacanas Corações, que estão encarregados da venda de livros. As Economias Solidárias Metamorfoses, da Praia Vermelha e Pequeno Hans, A Roda., a, tem mais aqui, a Camila Guernica, a equipe da CCI, Eliane, todo o pessoal que veio aqui, o Lincoln, a Virginia da CCI. Bem, eu acho que eu agora, a Andreia, O Lincoln já falei. E o pessoal da roda de samba, que, enquanto estou falando, estou falando um pouco também para eles chegarem.

Já chegaram? Já chegaram. Eu poderia cantar também, porque a Camila falou... Eu vou cantar na roda de samba. É que a Camila falou que ia cantar ontem, ficou envergonhada. Qualquer coisa a gente faz tudo para poder passar o tempo e agradar. Mas é isso aí, gente. Eu acho que estou muito feliz, estou vendo que as pessoas estão felizes, apesar da dureza do nosso tema, mas é uma forma de a gente realmente reorganizar, se enfrentar à vida. Então, muito obrigado e até o nono seminário, “Epidemia das Drogas Psiquiátricas”. E, provavelmente, algumas coisas no caminho. Ano que vem já temos o fórum da ABRASME que vai ser em Juiz de Fora, para princípio, Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental. A gente vai se encontrando nesse meio de caminho. O Congresso em 2026 vai ser em Vitória, na minha terra, com muita muqueca, a verdadeira muqueca. O que é que é capixaba, o resto é fechado, perdão os baianos aí. Então é isso aí, gente. Filipão, a foto agora.

Ah, olha, não esqueçam de entregar os equipamentos da tradução, tá bem? E vamos tirar a foto aqui na frente, todo mundo? O que é isso?

## **ENCERRAMENTO**

*“Construindo uma agenda para a desmedicalização da vida”*

---

### **PAULO AMARANTE**

Bem gente, nós vamos fazer uma mesa muito rápida de encerramento, que é o momento também importante de fechar alguns compromissos, e elaborar um pouco uma agenda. É legal sair com um projeto de futuro né? Então é um pouco isso. O Bob vai permanecer aqui, o Andres Techera, a Ana Paula e depois a gente encerra. Temos ainda um momentozinho de autógrafos, o livro da Mariama chegou e o esse livro nosso “Desmedicar” tem um texto do Daniels Pura que o Bob falou. Então é isso, alguns minutos enquanto também a turma o do Samba vai esquentando os tamborins né - falando a linguagem aí da roda, e afinando as cordas, a gente vai sentando. Então Ana Paula você quer fazer uma fala aí meio de encerramento pra gente?

### **ANA PAULA GULJOR**

Sim, acho que uma fala rapidinha né? Para despedir das pessoas, só lembrei aqui que esse ano nós convidamos o Daniels estava no Brasil em maio, ele veio aqui na ENSP para conversar conosco, então nós fizemos uma atividade que foi muito rica né Paulo? E quando ele veio no seminário ele ainda era na relatoria especial né? Bom, dizer da nossa alegria de mais uma vez finalizar um evento como o Epidemia das Drogas Psiquiátricas, agradecer a nossa equipe do LAPS, o empenho e a dedicação de todos pra construção, que é uma construção coletiva, nós temos a equipe que tá aqui no cotidiano, e nós temos os colaboradores, os ex-alunos, mas o certo é que sempre eles todos estão aqui, isso para nós é muito importante. Agradecer as equipes, a equipe de transmissão da Escola de Saúde

Pública, aos tradutores de libras, aos tradutores de espanhol, aos tradutores de inglês, muito obrigada por colaborar. E agradecer a todos os nossos convidados né que para mim foi uma experiência muito importante como profissional como pesquisadora, mas também muito importante como forma de compreensão dessas estratégias de transmissão da informação, do conhecimento científico, de cada ano trazer aqui pessoas que são expoentes nacionais internacionais e fazer aqui desse evento um evento de uma importância na agenda da reforma psiquiátrica brasileira, e da produção científica mundial, que eu acredito que esse evento se coloca nesse lugar né? Bom, eu vou deixar que o Andres e o Paulo coloquem os nossos desafios. Os nossos compromissos e os nossos desafios pro próximo período gente, muito obrigada.

#### **ANDRES TECHERA**

Bom, estamos chegando ao final dessa maravilhosa jornada, este evento que transformou um pouco a todos nós. Acredito que essa afetação que sentimos faz com que sigamos questionando o nosso trabalho cotidiano, então aí está o primeiro desafio: como seguir elaborando trabalhando, trazendo isso para as nossas práticas cotidianas. Esse para mim é o maior desafio que temos. Claro, sempre teremos contradições, talvez nos sintamos pressionados por nossas instituições, pelas lógicas que imperam, mas o que é importante é seguir construindo essa nova narrativa que está aqui presente entre nós, que é algo que nos fortalece como coletivo, com toda a trajetória desse movimento podemos construir a partir dessa trajetória.

A nossa agenda tem muito a ver com a possibilidade de seguir cooperando com a internacionalização do movimento, e também a regionalização entre nossos países da América Latina. Obviamente com os países mais próximos com quem estamos trabalhando muito tempo juntos, é o caso do Uruguai, da Argentina., e claro outros países que estão trabalhando na mesma direção. Então, por um lado pensamos em tentarmos construir juntos uma agenda para o nono Seminário, que o próximo ano estejamos aqui novamente

discutindo novamente os desafios e os avanços, então nós desejamos reafirmar o convênio entre o LAPS e a Argentina, para que nos ajudem a conectar tudo isso que vai ficando, nessas trocas de contatos, e alimentar essa rede que se alimenta de afetos, porque nós somos feitos de afetos e acho que essa é a nova clínica, a clínica dos afetos a clínica da escuta, do olhar. Somos feitos de experiências, precisamos trabalhar com os outros, com nossos irmãos com nossos amigos com a comunidade com quem trabalhamos. Como trabalhar fortalecer a rede da comunidade, o que eles precisam o que eles estão fazendo, de que forma podemos ajudar de maneira conjunta, e então reivindicar esse cuidado e essa rede que já existe e que muitas vezes passamos por cima delas como uma máquina. Isso não é tão importante, isso é secundário e temos aí uma aposta para que aprendamos a fortalecer essa rede entre nós, e com quem trabalhamos.

Então por um lado saímos daqui com compromisso de fortalecer nossos Observatórios, uma ferramenta de trabalho importante que temos, que serve para fiscalizar e monitorar tudo o que tem a ver com os avanços dos processos de reforma em cada um dos países, os desafios que ainda permanecem em cada um, e visualizar o que me parece uma parte substancial, o desenvolvimento destas novas práticas, o desenvolvimento desses dispositivos que são a base para poder desmontar essa maquinária. Fortalecendo tudo aquilo que são as micro-práticas, que não são hegemônicas, mas que estão transformando essa nova clínica, esse novo olhar sobre a saúde mental sobre o cuidado.

Então, por um lado, trabalhar no sentido de fortalecer os Observatórios, tanto o Observatório latino-americano que estamos construindo junto com o LAPS e com a Universidade do Uruguai e da Argentina, e também convidá-los para que integrem o Centro de Estudos latino-americano de saúde mental e direitos humanos. Nós acreditamos que isso pode ser uma plataforma válida para fortalecer essas trocas, tendo como um dos pontos centrais este desafio de desmontar e reverter a epidemia das drogas psiquiátricas. Agradeço muito, voltamos fortalecidos como coletivo, agradecer aos organizadores, Ana Paula, Paulo, Robert, é sempre um prazer ouvi-los, e a cada um dos participantes que passaram, a cada mesa. A Jornada de hoje foi realmente muito comovente, a de ontem também. Deixo um forte abraço a todos e a vontade de seguir trabalhando juntos.

**PAULO AMARANTE**

Muito obrigado, perguntei ao Bob se ele queria falar mais uma palavra, ele disse que não, que está satisfeito.

**ROBERT WHITAKER**

Gostaria de agradecer, é um momento incrível de estar aqui, eu anseio muito por visitar meus amigos brasileiros, sinto uma honra de estar aqui de novo, de poder voltar, eu espero que eu seja convidado ano que vem novamente, gostaria de agradecer, e por último entendam que vocês não estão sozinhos nesses esforços de mudança, que está crescendo no mundo inteiro. Eu estava online numa conferência com a Índia e tinha pessoas da psiquiatria indiana que foi colonizada como foi colonizada no mundo inteiro e muitas pessoas dizendo “nós temos que mudar isso que está acontecendo”, então eu só queria dizer que vocês são líderes, vocês tem a oportunidade de fazer uma mudança real, vocês não estão sozinhos nesse nessa mudança de paradigma. Obrigado.

**PAULO AMARANTE**

Bem, eu também queria agradecer. Eu acho que assim, uma das coisas que mais gratifica é esse clima de afeto que a gente tem, que tá fazendo, tá debatendo, tá discutindo, mas tá sentindo escutando com muito carinho ao outro, as diferenças e construindo junto uma coisa que já tem uma história né? Então eu acho que é u compromisso que a gente tem que fazer, isso tem que estar na nossa agenda com a Ana Paula com o LAPS, com a Fiocruz a manutenção, inclusive o fortalecimento desses Seminários que a gente faz de com muita dificuldade, a gente corre atrás, mas digo de

colocar isso na agenda, inclusive em termos mesmo de um projeto institucional.

Eu particularmente fico feliz, eu sinto que nessa minha história já de muitos anos, ontem o Michael me perguntou quantos anos eu tinha, eu falei que eu tinha 72, depois brinquei com ele falei “eu falei brincando eu tenho 32”, e ele falou “parece 22”. Então assim, mas legal que a gente tem pessoas... o Andrés teve aqui no primeiro seminário primeiro que a gente fez aqui, outras pessoas Ana Paula toda a equipe do LAPS, a gente tá vendo, pessoas como o Artur que tiveram aqui né, a Mariama, pessoas que entraram aqui alguns anos como estudantes, a turma toda a delegação da Região Serrana que vem todos os anos. Pessoas que estão aí é muito é muito lindo ver pessoas que de alguma forma foram alunos foram iniciantes aqui, de estagiários, a Mariama foi estudante de PIBIC. Ela não falou que fez iniciação científica comigo depois pós-doutorado né, tanta gente... é muito legal ver por que estão surgindo novos atores né pessoas que levam esse projeto como projeto político, isso é muito maravilhoso.

Eu acho a outra coisa dentro dessa, eu vi em várias discussões aqui, a importância realmente da gente desenvolver processos formativos críticos sobre esse tema com uma consistência, de possibilitar que não se trata só disso do médico ou não do profissional sabido, mas dos próprios sujeitos chamados Sobreviventes ou usuários ou pessoas com [deficiência]... mas assim se trata também de ter acesso a outra forma de informação né? Há outras informações que as pessoas vivem sobre as políticas que estão por trás disso. Isso é muito importante e revelador, então tanto a Olga Runciman, hoje uma grande liderança internacional, que já teve aqui também com a gente, e nós estivemos com ela na Dinamarca ano retrasado, ela diz que o livro do Bob, o Anatomia de uma Epidemia, no sentido realmente crítico que ele coloca, e nós resolvemos adotar o nome aqui, foi um livro que mudou a vida dela, mudou literalmente a forma como ela vivia o tal sofrimento, a doença, como é que se chame, ela mudou.

E a gente viu também a Camila falando ontem também essa mesma [questão], então muitas vidas a gente consegue mudar. Eu falo sempre, nesse processo de reforma psiquiátrica a gente conseguiu tirar milhões de pessoas de manicômios, quer dizer, milhares, exagerei pela emoção, mas são milhares, e talvez impedimos que milhões entrassem nos manicômios, na medida em que a gente foi criando serviços, novos

dispositivos, novas relações. Eu acho que o mais fundamental é que a gente vá criando formas e possibilidades de ressignificar essas experiências, não como algo que é obrigatoriamente doença, que tem que tomar remédio, a gente vai mudando e criou muitas possibilidades. Então os processos formativos são fundamentais, a gente tem que fortalecer mecanismos de diálogo com a sociedade. O Mad in Brazil é um desses, é uma das páginas mais acessada da rede Mad in World. A gente conhece então a Mariana, o Enzo que tá ali pessoas que a gente foi conhecendo que estão escrevendo, que estão colaborando, o Marcos, a Camila. Então por isso é muito importante que vocês mandem matérias, mandem coisas, escrevam, contribuam, construam isso como projeto político.

A gente é a base aqui muito pequena né, administrativa e tal, mas é para que isso seja um espaço, e existe outros meios também de comunicação, eu fiquei muito feliz, o Bob fez duas ou três referências a um artigo que eu escrevi dois dias antes aqui, já mandei pro Outras Palavras, Outra Saúde, então é legal quanta gente que recebi mensagens dizendo eu li concordo discordo tal, mas você mobilizou, você mexeu na pessoa chegou nela, então a gente tem que atuar esses meios de comunicação também. Outra coisa que foi falado o Nathan, não lembro se é Nathan falou, e outros tantos, também as duas que falaram ontem, a Mariana, Camila da importância do trabalho do que o Thiago também falou de estimular processos coletivos de auto-ajuda ou de ajuda mútua, foi criticado o termo de “auto”, mas de ajuda a mútua, de processos coletivos, de cooperativismo, de cooperação, de solidariedade de coletividade, de pertencimento social. A gente tem muitas coisas que a gente pode tá fazendo aí aumentando né esses esses diálogos.

Então é isso o trabalho, hoje eu vi uma crítica aí na internet que bombou, aí as pessoas às vezes falam assim não sei quantas mil pessoas participando em entrada permanente o Elson ali, o pessoal, o Fábio lá do apoio da transmissão ficavam me mandando os dados muita gente escrevendo falando e tal e a importância que tem também dentro desse processo crítico de mudança, a questão da arte, da cultura, da literatura né que a gente vê quando isso pode mudar o Holmes falou disso, a Mariama também, como não como mera terapia ou mero emprego *trabalhozinho* de situação menor, mas como realmente formação de possibilidades, de outra forma de estar no mundo, de lidar no mundo.



Bem, nós vamos ainda assim ter a pelo menos na programação né, embora nós estamos dando autógrafa escrevendo dedicatórias por aí, mas teremos um espaçozinho aqui no hall para ainda quem quiser uma dedicatória, escrever, tirar uma foto com Bob, tem nossa foto tradicional aqui que a gente tira todo mundo aqui que permaneceu. Mas eu queria assim eu quero falar algumas coisas, a Ana já agradeceu, mas eu quero agradecer a direção da Escola, à Fiocruz, pessoalmente a Ana Paula nossa coordenadora do LAPS, presidente da Abrasme, ao Bob. Já falei com vocês é uma entidade o Bob, o Michael Hengartner. Quero agradecer ao Tiago, a Mariana Witt Lins, a Camila, ao Andres Techera, o Marcos Ferraz, a Mariama Furtado, o Artur Cardoso, e então toda a equipe do LAPS, a Leandra, a Camila, a Jéssica, o Mateus, a Waneska, o João Pedro, a Renata aqui da direção da ENSP, a Marcinha que traz a água aqui que é uma delícia de pessoa, a Fabiana, a equipe do brunch, muito gentis, estava muito bom o suco de laranja e os docinhos também. O Elson aqui do auditório, Fábio da TV ENSP, a equipe de tradutores Ana falou a equipe de libras, uma salva de palmas para a equipe de libras que eu adoro. Ao Edvaldo, e o Paulo Sérgio lá do Bacanas Corações, que estão com encarregado da venda de livros, as economias solidárias, o Metamorfose da Praia Vermelha e Pequeno Hans, a Camila Guernica, a equipe da CCI Eliane, todo do pessoal que veio aqui, o Lincoln, a Virgínia do CCI, e bem eu acho que eu agora o pessoal da roda de samba já chegou, eu poderia cantar também porque a Camila falou “eu vou cantar na roda de samba” e ficou envergonhada, falei eu vou. Mas é isso aí gente, eu acho que tô muito feliz, tô vendo que as pessoas estão felizes apesar da dureza do nosso tema, mas é uma forma da gente realmente reorganizar, se enfrentar a vida, então muito obrigado e até o Nono Seminário a Epidemia das Drogas Psiquiátricas, e provavelmente algumas coisas no caminho. Ano que vem já temos o Fórum da Abrasme, que vai ser em Juiz de Fora, Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental, e bem, a gente vai se encontrando nesse meio de caminho, o congresso de 2026 vai ser em Vitória, lá na minha terra, tem muita moqueca, a verdadeira moqueca é capixaba, o resto é fechada, perdão os baianos aí então. É isso aí gente vamos pra foto agora, ah olha, não esqueçam de entregar os equipamentos de tradução.

**ATIVIDADE CULTURAL - Roda de Samba do CAPS Ad Mané Garrincha.**

ANEXOS

---



Robert Whitaker, Paulo Amarante e Michael Pascal Hengartner.



Paulo Amarante e Michael Pascal Hengartner.



Fátima Rocha, Ana Paula Guljor, Paulo Amarante e Andrés Techera.



Antônio Carlos Morais, Mariama Furtado, Artur Cardoso e Tiago Pires Marques.



Roda de Samba do CAPS-AD Mané Garricha.



Roda de Samba do CAPS-AD Mané Garrincha.



Palestrantes, comissão organizadora e participantes do evento.