

9º SEMINÁRIO INTERNACIONAL



A epidemia das

DROGAS

PSIQUIÁTRICAS

**O Que São Evidências na Psiquiatria e
Como Construir Práticas e Cuidados
Desmedicalizantes**

Realização



cee

Apoio



cebes

Seminário
A epidemia das drogas psiquiátricas

o que são evidências na psiquiatria e como construir práticas e cuidados desmedicalizantes

Realização

30 e 31 de outubro de 2025

**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

(9. : 2025 : Rio de Janeiro, RJ)

9º Seminário Internacional [livro eletrônico] :
a epidemia das drogas psiquiátricas : o que são
evidências na psiquiatria e como construir práticas
e cuidados desmedicalizantes / coordenação Paulo
Amarante. -- Rio de Janeiro : Ed. dos Autores, 2026.
PDF

Vários autores.

ISBN 978-65-01-94357-2

1. Medicamentos 2. Psiquiatria 3. Saúde pública
4. Seminários I. Amarante, Paulo. II. Título.

26-337234.0

CDD-616.89

NLM-WM-100

Índices para catálogo sistemático:

1. Psiquiatria : Medicina 616.89

Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415

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, Edvaldo Silva Nabuco, Enzo Barletta da Costa Carvalho, Jéssica Silva Marques, Joana Bonnet de Oliveira Martins, João Pedro Freire, Laura Carneiro, Leandra Brasil da Cruz, Letícia Garnica, Matheus Folly, Miguel Vasconcelos Pinheiro, Paulo Amarante, Paulo Telles, Pedro Martins, Rafael Coelho Rodriguez, Waneska Barros.

COMITÊ CIENTÍFICO:

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

MATERIAL PERSONALIZADO:

Cards para mídias sociais: *Jéssica Marques* | Tradução simultânea em Libras (Linguagem Brasileira de Sinais): *Smart traduções.*

FILMAGEM:

ENSP CCI - Coordenação De Comunicação Institucional da Escola Nacional de Saúde Pública.

LIVRO TRANSCRIÇÃO:

Edvaldo Nabuco, Laura Carneiro e Paulo Amarante.

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

Ana Paula Guljor, Camila Motta Gomes, Jéssica Silva Marques, Letícia Garnica, Matheus Folly e Paulo Amarante.

PARTICIPANTES NACIONAIS E INTERNACIONAIS:

Adam Urato, Ana Paula Guljor, Celeste Estrela, Edvaldo Silva Nabuco, Franciele Campos, Holmes Martins, Ingrid Abreu, Luciana Jaramillo, Marcelo Kimati, Marcos Ferraz, Paulo Amarante, Paulo Telles, Rafael Coelho Rodriguez e Robert Whitaker.

Sumário

INTRODUÇÃO	08
APRESENTAÇÃO	09
BIOGRAFIA DOS PARTICIPANTES	12
PROGRAMAÇÃO	17
MESA DE ABERTURA com	
Paulo Amarante,	19
Patrícia Canto	23
Marcelo Kimati	26
PALESTRAS DE ABERTURA	25
“O que são evidências em psiquiatria?” com	
Paulo Amarante	25
Robert Whitaker	34
PALESTRA	62
“O que são evidências no uso dos antidepressivos na gravidez” com	
Paulo Amarante	62
Marcos Ferraz	63
Adam Urato	76
MESA REDONDA	101
“Panorama global das iniciativas desmedicalizantes”	
Paulo Amarante	101
Robert Whitaker	103
MESA REDONDA	115
“Práticas desmedicalizantes em saúde mental” com	
Alexander Ramalho	115
Ingrid Abreu	115
Edvaldo Nabuco	126

PAINEL	156
“Para além da medicalização” com	
Paulo Amarante	156
Rafael Rodrigues	
Holmes Martins	156
Luciana Jaramillo	164
PROGRAMAÇÃO CULTURAL	200
Exibição e debate sobre o filme “Coisa de Favela”	200

LINKS PARA O EVENTO

30/11 - MANHÃ:

<https://www.youtube.com/watch?v=tRKusgdSE-s>

30/11 - TARDE:

<https://www.youtube.com/watch?v=aadSGjpPi3k>

31/11 - MANHÃ:

<https://www.youtube.com/watch?v=sKpJ0Vqrxbk>

31/11 - TARDE:

https://www.youtube.com/watch?v=ueNh-0hO_GM

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. Dentre essas iniciativas, a realização de eventos visa enriquecer o pensamento crítico da população sobre o tema da saúde mental e atenção psicossocial, promovendo falas diversas de maneira gratuita, além de serem transmitidas de forma presencial e remota.

Foi com essa intenção que o Seminário “A epidemia das drogas psiquiátricas: o que são evidências na psiquiatria e como construir práticas e cuidados desmedicalizantes” foi pensado. 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 para que possamos pensar os processos de cuidado em saúde mental no Brasil e no mundo.

APRESENTAÇÃO

Nos dias 30 e 31 de outubro de 2025 foi realizado na Fiocruz o Seminário “A epidemia das drogas psiquiátricas: o que são evidências na psiquiatria e como construir práticas e cuidados desmedicalizantes”. Em sua nona edição, o evento teve como proposta discutir os efeitos do uso das medicações psiquiátricas, discutir suas evidências e pensar 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 - o que são evidências na psiquiatria e como construir práticas e cuidados desmedicalizantes 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 Marcelo Kimati representando o Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, Patrícia Canto, farmacêutica representando a Presidência da Fiocruz, além do coordenador do evento, professor e pesquisador sênior do LAPS/ENSP/CEE/Fiocruz Paulo Amarante. Em seguida, foi dado início à palestra de abertura intitulada: “O que são evidências em psiquiatria?” com a coordenação de Paulo Amarante que abriu a fala do palestrante convidado, o jornalista Robert Whitaker (Boston, Estados Unidos). Na parte da tarde, o evento prosseguiu com a participação do médico Adam Urato (Boston, Estados Unidos) em uma mesa intitulada “O que são evidências no uso dos antidepressivos na gravidez”, com coordenação do professor Paulo Amarante. No

segundo dia, contamos com as falas de Robert Whitaker com o título “Panorama global das iniciativas desmedicalizantes”, com coordenação de Paulo Amarante. Em seguida, Ingrid Abreu e Edvaldo Nabuco participaram da mesa “Práticas desmedicalizantes em saúde mental” com coordenação de Alexander Ramalho. Já na parte da tarde, foi realizado o debate pelo Painel intitulado “Para a Além da Medicalização” com a mesa composta por Holmes Martins, que apresentou a fala de tema: “Crises Psicóticas Graves: como prescrever psicotrópicos de forma não iatrogênica”, Paulo Telles que falou sobre o tema: “Práticas e desafios em saúde mental” e Luciana Jaramillo que produziu uma fala com o tema: “Medicalização e desmedicalização das infâncias: o cuidado com a criança-sujeito”. Esse painel contou com a coordenação de Rafael Coelho Rodriguez. Seguidos pela programação cultural que contou com a exibição do filme “Coisa de Favela” com a presença de Celeste Estrela e Cátia Nascimento, além do lançamento dos livros Coroação Preta, de Celeste Estrela e “Ilhas: Percursos das Defesas e das Liberdades”, de Franca Ongaro Basaglia, organizado por Paulo Amarante e Leandra Brasil. Ao final, foi feito o encerramento com a coordenadora do LAPS Ana Paula Guljor, os palestrantes Adam Urato, e Robert Whitaker, e o coordenador do evento Paulo Amarante.

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 79 participantes na modalidade presencial no auditório. Já na modalidade online o evento já contou com 11.400 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 2025, 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 trabalhos 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, março de 2026

BIOGRAFIA DOS PARTICIPANTES

ADAM URATO

Médico, especialista em medicina materno-fetal (MFM) em sua cidade natal, Framingham, Massachusetts. Sua prática clínica visa o cuidado de gestações de alto risco e realizando partos. Escreve e dá palestras sobre antidepressivos SSRI e outras exposições a medicamentos durante a gravidez, assumindo assim, um papel de liderança na oposição a medicamentos ineficazes e abordagens prejudiciais aos cuidados durante a gravidez, incluindo a oposição ao Makena (um medicamento ineficaz para parto prematuro que a FDA retirou do mercado em 2023).

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.

CELESTE ESTRELA

Poeta, favelada, atriz, compositora, rapper e integrante da velha guarda da Escola de Samba Unidos de Mangueiras. Natural de Minas Gerais, é moradora da favela de Mangueiras há mais de 40 anos. É autora do livro 'Coroa Preta'.

EDVALDO SILVA NABUCO

Formado em Jornalismo e Filosofia, tem mestrado em Memória Social e é Doutorando da UFRJ. Trabalhou por cerca de 20 anos no Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS/Fiocruz). É militante do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial e integrante do Coletivo Participação.

FRANCIELE CAMPOS

Cineasta, pesquisadora e historiadora da arte. Graduanda em Terapias Integrativas e Complementares. Moradora de Manguinhos, território-favela da Zona Norte do Rio de Janeiro. É a partir do atravessamento da escuta, do afeto e pela memória coletiva que suas práticas artísticas se movem entre o audiovisual, a fotografia, a performance urbana, a pesquisa e a escrita sensível, em diálogo constante com a luta popular, a saúde mental e os saberes periféricos. Produz da arte uma forma de reexistência e do cuidado com as memórias de vida um ato político.

HOLMES MARTINS

Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Especialista em Psiquiatria pela Associação Brasileira de Psiquiatria e Associação Médica Brasileira. A especialização em Psiquiatria foi obtida na Unidade Docente-Assistencial de Psiquiatria, da Faculdade de Medicina da UERJ, 2004-2006. Na área pública, atuou como médico psiquiatra concursado pela Prefeitura do Rio de Janeiro, 2004-2007,

INGRID ABREU

Psicóloga formada pela UERJ. Atua como psicóloga clínica e é servidora administrativa na UERJ. É aluna de licenciatura na UERJ e pós-graduanda em terapia cognitivo-comportamental na Celso Lisboa.

LUCIANA JARAMILLO

Psicóloga, Psicanalista e membro do Corpo Freudiano Escola de Psicanálise no Rio de Janeiro; Doutora em Psicologia Clínica (PUC-Rio), sendo parte do doutorado realizado em período sanduíche, pela Capes, na Université Paris Descartes - Sorbonne Paris Cité (França); mestre em Psicologia Clínica (PUC-Rio), Especialista em Psicoterapia de Família e Casal (PUC-Rio). Autora do livro “Psicanálise com crianças na contemporaneidade: sintoma, família e medicalização” (prelo) e artigos na área.

MARCELO KIMATI

Possui graduação em medicina pela Universidade Estadual de Campinas (1996), mestrado em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas (2002) e doutorado em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas (2007). Possui experiência em antropologia, saúde mental, saúde coletiva, gestão em saúde pública e política de álcool e drogas. Diretor do Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (Ministério da Saúde), foi Diretor de Saúde Mental e Política de Drogas em Curitiba. Professor Adjunto de Saúde Coletiva UFPR, coordenou o Núcleo Interdisciplinar de Estudos Sobre Drogas (NIED) da UFPR. Foi Coordenador do Programa de Saúde Mental e Trabalho da FUNDACENTRO (MTE).

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.

PATRÍCIA CANTO

Assessora da Vice-Presidência de Ambiente Atenção e Promoção da Saúde. Doutora em Saúde Pública e Meio Ambiente, área de concentração Gestão e Saneamento Ambiental pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ); 2023. Mestre em Epidemiologia em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca ENSP/FIOCRUZ (2016). Graduação em medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro UFRJ (1994), residência em pneumologia e fisiologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro UFRJ (1998), pós-graduação em Medicina Do Trabalho pela Unirio (1998) e especialização em gestão na Estratégia de Saúde da Família ESF pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro UERJ (2010).

PAULO TELLES

Médico mestre em Epidemiologia em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz, doutorado em Engenharia Biomédica pela COPPE-Universidade Federal do Rio de Janeiro e pós-doutorado em Metodologia Científica e Pesquisa pela UCSF *University of California San Francisco* - EUA. Tem experiência na área de medicina, com ênfase em epidemiologia, pesquisa, prevenção de doenças e psiquiatria. Professor de epidemiologia na UFF (Universidade Federal Fluminense) e Diretor do NEPAD-UERJ (Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas).

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).

RAFAEL COELHO RODRIGUES

Psicólogo. Mestre e doutor psicologia - UFF. Docente do centro de ciências da saúde. Universidade Federal do reconcavo da Bahia. Pós doutorando em saúde coletiva - Fiocruz. Representante (suplente) da UFRB no Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas do estado da Bahia (CEPAD) e realiza supervisão clínico-institucional para os CAPS II e CAPS/AD da cidade de Santo Antônio de Jesus/BA (Projeto de extensão de cooperação e assessoria técnica)

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.

PROGRAMAÇÃO

DIA 30 DE OUTUBRO DE 2025 – QUINTA-FEIRA

9:00 – 10:00 | MESA DE ABERTURA: *com Marcelo Kimati (Ministério da Saúde), Patrícia Canto (farmacêutica representante da Presidência da Fiocruz), Paulo Amarante (coordenador do seminário e pesquisador sênior do LAPS/ENSP/CEE/Fiocruz).*

10:00 – 12:00 | PALESTRA DE ABERTURA - O que são evidências na psiquiatria *com Robert Whitaker. Coordenação: Paulo Amarante.*

12:00 – 14:00 | ALMOÇO

14:00 – 16:00 | MESA REDONDA - O que são evidências no uso dos antidepressivos na gravidez *com Adam Urato e Marcos Ferraz. Coordenação: Paulo Amarante.*

PROGRAMAÇÃO

DIA 31 DE OUTUBRO DE 2025 – SEXTA-FEIRA

09:00 – 10:00 | PALESTRA - Panorama global das iniciativas desmedicalizantes, com Robert Whitaker. *Coordenação: Paulo Amarante.*

10:00 - 12:00 | MESA REDONDA - Práticas desmedicalizantes em saúde mental com Ingrid Abreu, Edvaldo Nabuco. *Coordenação: Alexander Ramalho.*

12:00 – 13:30| ALMOÇO

13:00 – 15:00 | PAINEL – “Para a Além da Medicalização” com Holmes Martins, com o tema: “**Crises Psicóticas Graves: como prescrever psicotrópicos de forma não iatrogênica**”, Paulo Telles com o tema: “**Práticas e desafios em saúde mental**” e Luciana Jaramillo com o tema: “**Medicalização e desmedicalização das infâncias: o cuidado com a criança-sujeito**”. *Coordenação: Rafael Coelho Rodriguez.*

15:00 – 16:00 | PROGRAMAÇÃO CULTURAL: *Exibição do filme “Coisa de Favela” e lançamento dos livros Coroação Preta, de Celeste Estrela e “Ilhas: Percursos das Defesas e das Liberdades”, de Franca Ongaro Basaglia, organizado por Paulo Amarante e Leandra Brasil.*

16:30 – 17:00 – ENCERRAMENTO - Ana Paula Guljor, Adam Urato, Paulo Amarante e Robert Whitaker.

MESA DE ABERTURA

PAULO AMARANTE

Bom dia! Esperamos... depois de toda essa situação, esse contexto terrível que nós estamos vivendo de guerra na cidade, essa estratégia absolutamente equivocada de lidar com a questão do tráfico, das drogas. Vivemos em um período de extrema violência inédito no Rio de Janeiro, um local com tanta violência, com tantas situações assim, mas nunca tivemos vivido uma situação tão grave. Estou absolutamente emocionado, acabei de medir a pressão aqui por causa da tensão desse período, desses dias. Eu estou dando boas-vindas às pessoas que vieram. Nós fundamentalmente mudamos o Seminário, orientamos as pessoas que achassem conveniente vir presencialmente que não viessem por causa de traslado, submeter a riscos, porque não sabemos como está a situação e como ela pode vir a se desdobrar. Eu não me apresentei, eu sou Paulo Amarante. Eu sou pesquisador sênior da Fundação Oswaldo Cruz. Eu sou ligado tanto ao Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, quanto ao Centro de Estudos Estratégicos Professor Antônio Ivo de Carvalho, CEE. Estes são dois setores da Fiocruz. E eu sou o coordenador deste Seminário que foi iniciado há 9 anos, nós estamos em nossa 9ª edição e eu sempre aproveito para lembrar e homenagear o querido professor que começou o seminário comigo, Fernando Freitas, que foi o grande inspirador dessa ideia do Seminário, que foi editor comigo do *Mad in Brasil*, desta página web, desse site fundado originalmente nos EUA pelo Robert Whitaker, que está aqui presente e participa de todos os seminários. É um convidado de honra nosso. Ele é um parceiro, então ele é alguém que foi convidado, mas também é membro da organização.

Depois eu vou evidentemente falar mais, estou cumprimentando aqui...tem muita gente no Youtube assistindo. Como nós orientamos as pessoas a assistir o seminário através do Youtube, muitas pessoas decidiram não vir. E eu gostaria de saudar a equipe, a Comissão da Delegação de Petrópolis. Desde o primeiro Seminário vem, eles estavam

com um ônibus organizado para vir aqui, com Vans, técnicos e profissionais da rede, com usuários, com familiares. Eles iam trazer a sua iniciativa de economia solidária do CAPS Nise da Silveira, decidimos suspender. Porque é um traslado, um deslocamento que passa por regiões de alto risco. Uma série de medidas que tomamos, então tivemos que fazer essa mudança. Por outro lado, além de liberar parte das pessoas a não estarem presentes e orientar, temos já uma alta audiência no Youtube, suspendemos a feira de economia solidária, estávamos já com várias iniciativas do Rio de Janeiro que viriam, tinham se organizado. Isso mobiliza muitos profissionais, usuários e familiares para trazer pessoas. Isso é um trabalho de deslocamento coletivo. É mais complexo do que apenas indivíduos vindos, então tem que ser organizado. Suspendemos as atividades culturais também. Nós temos nossa roda tradicional de samba do Caps Mané Garrincha. Suspendemos. Talvez possamos manter amanhã ou hoje à tarde. A Celeste Estrela, é uma poeta aqui da comunidade de Mangueiras, que está lançando um livro com o apoio nosso aqui do LAPS, do CEE, do Seminário.

E bem, muitas outras mudanças que temos que fazer, não teremos nosso *brunch* tradicional, sempre oferecemos, não precisávamos sair para lancha na hora do intervalo e tudo isso ficou. A transmissão ao vivo é necessária, estamos sem as cabines, aí, vinham com antecedência montar as cabines de tradução simultânea. Então, isso não foi possível para trazer os equipamentos, ontem aqui não funcionou. Assim como a UERJ onde nós faríamos o pré-seminário. O Telles está aqui, toda a direção lá, a reitoria nos apoiando para fazer o pré-seminário. Seria a primeira vez que faríamos um Seminário preparatório, buscando outras pessoas, abrindo outros espaços, que não nos desanimará, nós vamos fazer em outra ocasião, de outra forma, vamos fazer esse Seminário lá na UERJ. E eu já escrevi para os *hermanos, hermanas, compas* latino-americanos justificando a ausência da tradução em espanhol. Nós tradicionalmente transmitimos o Seminário na íntegra com tradução nas três línguas, português quando as pessoas falam inglês ou espanhol e também inglês. Então, não teremos tradução para o espanhol. Teremos um sistema exclusivo, um sistema especial preparado principalmente para o Robert. Ele tem o computador individual e temos uma transmissão para ele. Mas para aqueles que têm dificuldade de entender o inglês sem a interpretação simultânea, temos duas

possibilidades. Há duas possibilidades. Você pode acessar através do YouTube, o link no YouTube, seu celular, você pode ter seus fones de ouvido, você pode ver com um certo atraso, delay. A outra é a sala 523 no quinto andar e haverá a transmissão do YouTube coletivamente no telão. Essas foram soluções que nós tivemos que fazer para o inglês e para o português.

O Adam, nosso novo convidado, fala português. Ele é de Boston e fala português. Ele trabalhou na Fiocruz, Bahia, nos anos 1990. Ele aprendeu português muito bem. Ele aprendeu a língua baiana. Ele não fala português. Ele fala a língua baiana exatamente. Mas estamos capazes de entendê-lo. Então, essas são as informações. Eu me desculpo, eu tenho realmente uma grande preocupação com o nosso trabalho. O Bob está consciente disso. Fernando sempre nos lembrou da importância de atrair pesquisadores e trabalhadores da América do Sul. Sempre tivemos convidados conferencistas da Argentina, do Uruguai, e sempre transmitimos o trabalho de vários programas. Temos rede de direitos humanos, saúde mental. E, infelizmente, isso aconteceu. Mas eu prometi duas coisas. Uma, eles podem tentar escutar, entender a tradução para português e nossos companheiros da América Latina eles tem que aprender mais português um pouco. E segundo, assim que terminarmos... estamos filmando, estamos gravando, vamos legendar, colocar subtítulos em espanhol para que eles possam ter acesso a essa informação. E lembro-me de que todas as edições anteriores, as oito edições anteriores, estão disponíveis no youtube com a língua original que foi apresentada, mas também com espanhol e inglês. Então, isso é importante para as pessoas assistirem a isso. Tivemos seminários e sempre enfatizo que o Robert tem sido em todas as edições, ele tem dado algumas conferências históricas, introduzindo esse tema aqui no Brasil, mas também tivemos, não me lembro de todos eles, mas tivemos Laura Delano, Peter Göttsche, Joana Moncrieff, Irving Kirsch, Jaakko Seikkula, John Read, Andrew Scull, muitas pessoas, pessoas muito importantes, da maior importância, da maior seriedade, que têm um conhecimento profundo desse tópico da medicalização e desmedicalização da vida.

Por outro lado, eu gostaria de fazer uma homenagem, um registro do falecimento de uma querida amiga nossa aluna do Curso, a Isabele Marques Sousa, uma jovem trabalhadora do CAPS Jovelina Pérola Negra. Entrou no curso com muita felicidade,

muita alegria, estava fazendo o curso, uma pessoa cativante. Temos vários vídeos dela fazendo trabalhos de arte-cultura no CAPS e após uma cirurgia de vesícula ela teve algumas complicações e ela morreu no sábado e foi o velório dela no domingo, o que mobilizou muito a turma. A turma está participando este ano do curso. Estamos muito emocionados, muito tocados, a mãe dela, ela é filha única, com crachá da Fiocruz no peito na hora do enterro, dizendo que era o grande orgulho da filha ter conseguido entrar no Curso de Especialização na Fiocruz, esse curso vocês sabem, tem 43 anos, o nosso Curso. É o mais longevo em exercício aqui da ENSP depois do Saúde Pública, que fundou a Escola praticamente. E é um curso que já teve várias outras edições fora do Rio de Janeiro. Mais de 60 edições esse curso já teve em outros estados, em outras cidades. Então Isabelle deixa uma saudade enorme, ela teve uma curta passagem aqui em nosso contato, mas muito marcante. Amanhã às 19 horas, vai ter a missa de sétimo dia, para os amigos, alunos do curso que a conheceram, que conhecem ela, que vivem com ela. Vai ser na igreja São Rafael Arcanjo, em Vista Alegre, às 19 horas.

Então desculpe esse momento que estamos vivendo de uma situação dramática e desastrosa, de enfrentar a política sobre as drogas, esta é uma experiência terrível que abalou o mundo inteiro. Recebi e-mails e mensagens de WhatsApp do mundo inteiro. Pessoas que estão preocupadas e assustadas. Vocês sabem o estado de violência extrema que vivemos. Isto não foi simplesmente combate. Tivemos situações de tortura, de violência extrema, de execuções. Mas esperamos que desse momento em diante a gente consiga de fato ter uma mudança nessa política absurda. E que não só nosso curso está prejudicado apenas. É a sociedade, toda a comunidade que vive aqui no entorno da Fiocruz, todos esses lugares estão bem próximos a Fiocruz. Temos pessoas, crianças, escolas e serviços que estão sendo invadidos por uma força armada de mais de 2.500 policiais com a intenção de matar pessoas, e não podemos admitir isso.

Então, eu gostaria de começar um pouco... Ontem nós não tivemos o seminário, o Paulo está aí, o Paulo Telles, chamava “Para além da medicalização: práticas e desafios”. E eu gostaria de registrar aqui, registrar aqui o atento da organização, e eu gostaria de agradecer a todas as pessoas que aceitaram o convite, que queriam participar deste

seminário na UERJ ontem. E dando início ao 9º Seminário, faremos de uma forma artesanal, improvisando, estamos conseguindo gravar, transmitir e vamos administrando dentro do furacão. Gostaria de convidar a Patrícia Canto, ela representa a presidência do Fiocruz. Patrícia, por favor, nossa querida amiga, parceira do nosso trabalho de tantos anos. Ela é uma profissional respeitadíssima, queridíssima aqui da Fiocruz. E eu gostaria de convidar nosso diretor nacional do Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Marcelo Kimati. Nós te convidamos, Marcelo, como Diretor Nacional de Saúde Mental do Departamento. Seu lugar está aqui, tem uma plaquinha, tem seu nome aqui para a transmissão. Ele tem estado conosco por tantos anos na ABRASME, a Associação Brasileira de Saúde Mental, antes de ir para o Ministério. Ele teve tantas outras experiências, ele é professor também da Universidade Federal do Paraná e é uma satisfação recebê-los aqui. E eu devo confessar que estou perdido aqui, então eu te convido, Patrícia, para entregar seu trabalho e então Marcelo. Ela representa nosso presidente Mário Moreira.

PATRICIA CANTO

Bom dia a todas as pessoas que estão aqui presentes. Eu sou uma mulher branca de cabelos bem claros na altura dos ombros, uso óculos pretos, quadrados, estou usando um vestido rosa, lilás. Estou aqui representando o nosso presidente, Mário Moreira, nosso vice-presidente de saúde, Valcler Rangel. Hoje é o dia do nosso conselho deliberativo da Fiocruz, então eles não podem estar aqui conosco, em pessoa, como Paulo foi informado. E em vista até do que aconteceu na cidade do Rio de Janeiro, na cidade, isso faz essa reunião na Fiocruz mais importante. É uma semana muito triste para nós. E ontem à noite eu estava pensando que neste Seminário que a gente vai discutir a questão da hipermedicalização e a patologização da vida, como a gente vive em uma sociedade tão adoecida. E ainda assim a gente segue em frente e não cai naquela armadilha talvez a mais fácil e a amostra mais rápida, por assim dizer, de medicar-nos muitas das vezes sem indicação.

E como o SUS dá conta de a gente ter uma assistência de saúde mental, não só nas unidades de CAPS, mas também nas unidades básicas de saúde como as pessoas podem ter acesso. Eu não venho do campo de saúde mental. Eu sou médica pneumologista, mas um dia eu fui atender uma paciente aqui de Manguinhos em crise de asma, ela falou para mim, “eu não consigo ficar bem da asma, porque toda vez que o *caveirão* entra aqui eu entro em crise”. E a gente fica pensando que nós trabalhamos numa área em que nós lidamos com um monte de conflitos aqui. Mas as pessoas vivem nessas áreas e isso é uma realidade do dia a dia para elas. E, naturalmente, nós estamos preocupados e tristes sobre tudo o que está acontecendo, com a violência imediata, mas como isso adocece estas pessoas. E como nós enquanto saúde pública, saúde coletiva vamos dar conta dessas milhares de pessoas com certeza que estarão adoecidas com transtorno de ansiedade, depressão e angústia, porque nós vivemos, como resultado do fato de vivermos em uma sociedade que produz mortos, cadáveres nesta proporção como infelizmente o mundo inteiro testemunhou.

Nossos amigos da Escola Nacional de Saúde Pública, ontem estavam nos enviando mensagens tentando entender como nós estávamos aqui na Fiocruz, se estávamos todos seguros e solidarizando com a nossa situação. Então, só pra terminar, eu estava lendo ali a publicação, uma frase do Arouca na 8ª Conferência e a primeira coisa que estava escrito, está numa das publicações do ICICT. O ICICT remasterizou o discurso do Arouca na 8ª Conferência, então está no site do ICICT, todos podem acessar, e a primeira coisa que está na publicação de 2019, lá no Facebook ainda do ICICT está dizendo, é a fala do Arouca, “saúde é a ausência de medo” e a gente vive com medo atualmente. As pessoas vivem com medo e isso faz as pessoas doentes. Então quando nós vamos lidar com uma sociedade que vive com medo e adoecida. Então, para terminar, o que está escrito lá também, “saúde pode significar que as pessoas tenham alguma coisa a mais do que não estar doente. Que tenham direito à casa, trabalho, salário digno, água e vestimenta. Que tenham direito à educação, a ter informações de como se pode dominar este mundo e transformá-lo, que não seja a dominação da força e do fuzil que é o que a gente tem visto hoje nas nossas sociedades. Desculpe se eu falei pouco da hipermedicalização mas eu acho que neste contexto a gente tem que entender como a

saúde mental vai lidar com essa situação que para nós é com certeza uma epidemia. Eu desejo um ótimo seminário a todos. Obrigada.

PAULO AMARANTE

Muito obrigado, Patrícia. Falou fundamentalmente exatamente isso que a gente pudesse não ter falado. Eu li estes dias algumas matérias do aumento dos diagnósticos psiquiátricos em Gaza. Artigos que psiquiatras que falam de maneira surpreendente do aumento dos problemas psiquiátricos sem relacionar que aquela população vive uma situação de violência estrutural, genocídio estrutural, permanente, e que viver sob estas condições não é só a saúde mental... é a saúde como qualidade de vida, como direito, como segurança, como dizia o Arouca, como ausência de medo, como possibilidade de vida. Eu vou aproveitar para dar duas informações também, a transmissão que está sendo feita com tradução simultânea para o inglês agora, por um tradutor que não está aqui, ele não fica na cabine, mas está fazendo, foi possível fazer a tradução online. Também está tendo libras, não aqui no presencial... ah tá aqui... eu não tinha visto, ninguém me avisou delas chegando aqui. Elas chegaram tão silenciosas, é uma estratégia das libras como é de se esperar, e achei que fosse também... bem, desculpe.

E a Ana Paula Guljor, Ana Paula Guljor ela é a nossa diretora, coordenadora do LAPS, é o Centro ao qual eu estou vinculado, é também Presidente da ABRASME, Associação Brasileira de Saúde Mental, e é a Presidente do Conselho Nacional de Direitos Humanos e está numa missão de trabalho, está toda uma reunião aqui, como vocês sabem tem Ministro da Justiça. Então como representante titular, coordenadora do Conselho, está numa reunião do Conselho e evidentemente não pôde comparecer aqui também na reunião hoje, no nosso evento. Então eu vou passar para o Marcelo Kimati. Queria agradecer mais uma vez também a Patrícia e ao Marcelo a presença aqui. A fala está com você.

MARCLO KIMATI

Muito obrigado, Paulo. Cumprimentando todas as pessoas que estão aqui, as pessoas que estão assistindo a gente. Meu nome é Marcelo Kimati, sou Diretor do DESMAD. Sou um homem branco, tenho mais ou menos 1,70 metro, mas estou sentado, uso óculos, não tenho cabelo, estou vestindo uma blusa vermelha e um paletó preto. Eu participei de outras edições do Seminário e... na condição de pesquisador. E é um tema que eu sempre entendi como muito relevante do ponto de vista de saúde pública. Eu realizei alguns estudos, escrevi alguns *papers* relacionados a este tema, que eu sempre procurei relacionar, fazer uma interlocução entre o fenômeno de medicalização e como isso de fato incide em políticas públicas, e como durante este período que a gente caracteriza como um período de contrarreforma, essa foi uma política muito facilitada em relação a uma tentativa de mudança do modelo assistencial que existiu dentro do campo da saúde mental do país.

Agora nessa condição de gestor público na área de saúde mental, agora é hora da gente pensar em quais estratégias de fato de políticas públicas que a gente tem para enfrentar o fenômeno na epidemia do uso de psicotrópicos e como a gente pode desenvolver ações, desde que elas sejam consistentes em fazer oferta de cuidado junto à sociedade brasileira em saúde mental para que esse uso excessivo de psicotrópicos e esse processo indiscriminado de diagnóstico na área de saúde mental, na área de psiquiatria, ele cesse e a gente consiga reverter ou minimizar esse fenômeno.

A gente tentar sistematizar o fenômeno da medicalização e o fenômeno da psiquiatrização contemporânea, eu acho que tem duas dimensões muito importantes de serem diferenciadas do ponto de vista de sistematização mesmo. Da gente primeiro entender a medicalização como um fenômeno cultural, que ele tem toda uma construção que é desenvolvida muito em relação aos manuais de diagnóstico, das metodologias, das epistemologias da criação das categorias diagnósticas e é algo que vem desde a década de 1990, da década de 1980, mas que com o surgimento de antidepressivo serotoninérgico eles decrescem e vem uma outra escala a partir do ano 2000. Esse é um fenômeno que ele tem

uma entrada na cultura, e isso é bastante geracional das pessoas, elas passaram a se identificar com diagnósticos psiquiátricos e tenderem a uma espécie de lugar no mundo a partir deles. Eu acho que tem uma análise muito interessante que a nossa política ela começa a ser construída, de saúde mental com base na reforma psiquiátrica, ela começa a ser construída dentro de um período que os diagnósticos psiquiátricos, eles tinham uma caracterização de exclusão. Ter um diagnóstico de esquizofrenia, ou então diagnóstico de transtorno bipolar, em determinado momento ele dava uma trajetória social da pessoa ser institucionalizada e criavam uma série de dispositivos que faziam com que, se essa pessoa fosse uma vítima das políticas públicas do Estado brasileiro, e até hoje a gente cumpre ações no sentido de minimizar estes custos, estes problemas que a própria política trouxe. Hoje em dia as categorias psiquiátricas elas são categorias de inclusão, elas colocam as pessoas dentro de grupos sociais, elas dão trajetórias, círculos de relações sociais, é um fenômeno que ele está muito relacionado aos meios de comunicação, as formas de identificação é um fenômeno muito, do ponto de vista cultural, muito contemporâneo e tem uma especificidade, uma relação muito grande com o mundo que a gente vive hoje, com as formas de comunicação e de interação social.

E que ela tem uma dimensão gigantesca e cujo enfrentamento ele não passa exclusivamente dentro das políticas, ou exclusivamente dentro das políticas de saúde mental, mas que ela passa por todo um processo de transformação cultural que a gente precisa promover, mas que as políticas de saúde mental sem dúvida elas têm um papel importante nisso tudo. Pensando dentro dessa sistematização que a gente tem um processo de ordem cultural, mas a gente tem também um processo que ele está... que é de ordem assistencial. Então se a gente for ver como as pessoas adoecem, com dependência a psicotrópicos, a gente vê, identificando isso como de fato... isso sim como uma doença, a gente vê que esta epidemia ela incide na sociedade brasileira de uma forma heterogênea. Então, queria salientar, hoje na literatura existe um consenso de que, por exemplo, mulheres fazem uso de psicotrópicos por um tempo mais longo. Desde a década de 1980 que a gente tem estudos da dependência de benzodiazepínicos, mulheres elas têm uma incidência muito maior de desenvolvimento de dependência. E boa parte destas prescrições elas saem da rede pública. E isso desde a década de 1980, 1990. E isso

se repete com os psicotrópicos com os antidepressivos serotoninérgicos hoje em dia. E esse recorte dentro dessa epidemia acaba repetindo uma série de vulnerabilidades que são criadas estruturalmente na sociedade brasileira. Mulheres periféricas em municípios de grande porte, negras, elas são mais vulneráveis a este tipo de prescritivo, e é de fato uma situação de violência do poder público em relação a essa população. Então, a gente tratando e entendendo a epidemia de psicotrópicos como de fato um problema de saúde pública a gente coloca isso dentro de um pacote de vulnerabilidades que são criadas pelo Estado e pelas políticas públicas, numa forma muito paralela ao que a gente encontrava durante esse período que o manicômio era o grande dispositivo de atendimento em saúde do país. Então, de uma certa forma a gente pensar em políticas que elas fossem reverter esse processo, é um novo processo de desinstitucionalização. Agora é um processo de desinstitucionalização que a pessoa não está dentro de instituições fechadas, mas que ela se identifica como uma pessoa que está adoecida, não adoecida com uso crônico de psicotrópicos, mas dentro de uma categoria médica, uma categoria psiquiátrica que norteia as relações de vida dela, norteia as relações sociais e assim por diante. Então a gente está diante de uma necessidade de um novo processo de desinstitucionalização de uma natureza e de uma dimensão muito diferente que... de uma população muito maior que a gente encontra, do que a gente encontrava das pessoas institucionalizadas em manicômios. E aí tem a necessidade de a gente criar algumas estratégias que têm de incidir de uma forma muito mais ampla e muito mais sistêmica na rede de saúde como um todo. Acho que o primeiro ponto é que a gente tem que qualificar a prescrição. É importante salientar que o uso de psicotrópicos ele não é um problema em si.

O problema é a má prescrição, a forma como se usa, a forma como se categoriza, o sistema de diagnóstico que a gente utiliza, o processo de identificar como doença mental, o sofrimento mental, como o Paulo disse, ele é facilmente explicado em relação a como a pessoa está no mundo, as condições sociais que são criadas. E medicalizar por exemplo seria, se a gente entender um fato como o que está acontecendo aqui no Rio de Janeiro e que ele produz obviamente muito sofrimento mental, ele é passível de ser diagnosticado como transtorno de estresse pós-traumático. É entender como uma ação médica e uma categorização médica você resolve um problema absolutamente complexo

como esse. E num processo ele acaba negligenciando o que de fato o Estado produz, e o quanto ele produz de sofrimento num cenário como esse. Então, eu acho que o primeiro ponto é entender que prescrições têm que ser feitas pela saúde pública, e pelo sistema único de saúde, de uma forma não só mais responsável, mas de uma forma mais qualificada. A gente vai trabalhar nesse sentido, de criar normativas de prescrição. A gente está desenvolvendo um termo de execução descentralizada junto com a Fiocruz, junto com o grupo do Paulo, que vai nos permitir apoiar, criar qualificação, uma qualificação para não só para atenção primária, mas para os serviços de saúde mental de uma forma geral, de criar normativas. Eu acho que a gente tem que se aproximar de bons grupos relacionados não só a saúde mental, mas mesmo da psiquiatria, porque essa psiquiatria que ela dá diagnóstico para situações... todas, em termos de medicalização, ela é um processo que ainda é realizado e tem que acontecer de fato, ainda que ela seja majoritária, ela não é hegemônica. Existem bons psiquiatras, existem boas escolas de psiquiatria que conseguem dar ao sofrimento mental uma compreensão social, uma compreensão do que está acontecendo com o tipo de vista com aquele sujeito, pensar que os planos terapêuticos, as ações relacionadas à promoção de saúde mental ela tem que estar, ela tem que dar contexto ao sofrimento mental e tem que ser um elemento de compreensão do que é um diagnóstico e o que que ele pode. E eu acho que também, fora a qualificação, desenvolvimento de projeto terapêutico, romper essa ideia que ela é hegemônica, que o uso de psicotrópicos são medicações de uso contínuo. A grande maioria das pessoas que faz uso de psicotrópicos ela o faz sem diagnóstico, entendendo que antidepressivos são medicações sintomáticas em que elas funcionam como uma diminuição dos sintomas, sofrimento naquele momento. E que a pessoa vai tomando enquanto ela estiver vivendo uma situação de sofrimento. Não faz sentido. É apagar a capacidade de se fazer uma análise, transformar vida e se entender como sujeito diante daquela realidade que se vive no cotidiano. Ao mesmo tempo a gente tem que desenvolver, existem várias tecnologias leves.

A saúde mental sempre foi muito profícua em desenvolver e incorporar tecnologias leves dentro dos processos de trabalho nos serviços de saúde mental. Então, começar a adotar de uma forma sistemática e oferecer isso como uma forma de

qualificação dentro dos serviços, de tecnologias como os grupos *open dialogue*, cuidado entre pares. Gestão autônoma de medicamentos tem várias tecnologias que elas são desenvolvidas em outros países e desenvolvidas de forma experimental em algumas redes, seminários, e está sendo ofertada para a Rede como um todo. E a gente tem bastante clareza que na medida que a gente começa a fazer este tipo de oferta, fazer este debate, trazer este debate para a esfera do poder público, existe uma tendência a não só a capacidade de prescrição, ela seguir algumas regras mínimas de cuidado, de segurança para o usuário, como a gente consegue fazer circular essa ideia de que nem todo sofrimento é transtorno mental. Na verdade, é uma pequena minoria dos sofrimentos que eles podem ser caracterizados como transtorno mental. E que mesmo estes eles têm que ter um plano terapêutico com começo, meio e fim. E que a gente consegue dissociar quem é o sujeito, do que a pessoa tem. Quem ela é e o que ela tem. É uma diferenciação muito importante e dentro desta característica da medicalização, essas duas coisas elas acabam ficando sobrepostas a ponto delas se confundirem. Então, eu desejo pra todo mundo um ótimo Seminário. Parabéns pela organização e pela resiliência a essa situação toda e conseguir manter esta agenda que eu considero muito importante. A gente tem uma perspectiva ao longo deste próximo ano de discutir muito e trazer muito para a esfera da política pública a questão da medicalização, do desenvolvimento de estratégias, desenvolvimento de tecnologias para enfrentar isso. Nós entendemos, a Fiocruz aqui do Rio, como uma grande parceira para o desenvolvimento destas ações. Queremos estar muito perto deste processo como um todo. Desenvolver materiais de qualificação, ações de cursos, criar pontos focais dentro das redes para que elas apoiem este processo como um todo. E, mais importante, problematizar o que está sendo visto de uma forma tão natural dentro do sistema único de saúde. Muito obrigado. Muito obrigado pelo convite e desejo para todos um ótimo seminário.

PAULO AMARANTE

Obrigado. Muito obrigado, Marcelo. A verdade é que para nós é uma dádiva ter vocês aqui. A Patrícia Canto, da nossa Presidência da Fiocruz, da nossa Direção. Todos

devem saber, sabem, que nós na Fiocruz temos um processo eleitoral democrático. Nós elegemos os nossos dirigentes. Muito importante em termos de fato uma gestão que é construída coletivamente. Então, mais uma vez agradecer a Patrícia, a Presidência, eu sei que a data aí do Conselho, da impossibilidade. As coisas acontecem, assim como a Ana Paula não pôde estar aqui por causa de uma outra agenda de urgência que apareceu. O Marcelo estar com a gente é uma dádiva, não é Marcelo? Ter uma pessoa como Marcelo Kimati com a sua formação de psiquiatra, de uma formação bastante sólida, mas crítica sobre a psiquiatria, sobre o uso da psiquiatria, dos medicamentos. Eu fiquei aqui refletindo muito sobre realmente como... um dia destes eu falei, de fato, como o diagnóstico era um fator de exclusão. Receber um diagnóstico, quando os CAPS passaram a exigir diagnóstico ficou... você pode cuidar de alguém sem ter diagnóstico, ter um diagnóstico psiquiátrico pode ser uma marca para o resto da vida. E hoje a constatação que as pessoas brigam, pagam, compram receitas, compram um laudo para terem diagnóstico. Eu fiz esta provocação que eu chamei da cidadania. Tem que ter o CID para ter um direito. Direito uma vaga, um desconto, a uma prioridade... a cidadania. Então, o Marcelo ele, de fato, está muito otimista, pela primeira vez enfrentarmos... primeira vez não. Vou fazer uma justiça Ednaldo Carlini, Dr. Carlini, que há muitos anos, mais de vinte anos atrás, não na psiquiatria, mas na saúde em geral, mas na psiquiatria ele fez alguns seminários, alguns eventos chamado “O uso racional dos psicofármacos” que se preocupava com isso e acabou sendo saído lá da..., mas é uma perda de um enfrentamento difícil. Mas a importância não de um combate cego à questão das drogas, mas sim de qualificar os profissionais, os serviços, fazer o bom diagnóstico, fazer uma boa prescrição e um acompanhamento. Isso é importante que a gente possa fazer.

Lembro sempre que o Fernando falando disso, da necessidade do consentimento, das orientações que boa parte dos pacientes não recebe sobre as consequências, efeitos colaterais, fundamentalmente a partir do uso crônico, que é um dos problemas que... várias ocasiões aqui, nós já vimos, as pesquisas são muito de curto uso de medicamentos, mas não fazem análise a partir do uso crônico por vários meses ou anos. Então não é raro a gente encontrar pessoas tomando antidepressivos há mais de trinta anos. Então hoje a dificuldade... bem, mais uma vez agradecer, agradecer a compreensão de todo mundo,

nós que estamos reorganizando aí a nossa atividade. Agradecer a mesa, a Patrícia e ao Marcelo a presença. Eu quero saber se conseguimos já abrir a apresentação do Robert, conseguimos abrir a apresentação? Então daqui a pouco você pode abrir. Agradeço aqui ao Marcelo e a Patrícia. Bem, fazendo, antes de apresentar o Bob mais uma vez, lembrando que nós não conseguimos fazer a tradução simultânea aqui com o equipamento. Então, com algum *delay* quem quiser abrir o Youtube vai poder ouvir, acompanhar. Temos a sala 523 como suporte. Pedir uma vez mais a compreensão porque vocês sabem as circunstâncias, não conseguimos instalar o material de transmissão aqui, tradução simultânea. Bem, dadas estas... eu... o Marcelo fez a autodescrição, eu me esqueci de me autodescrever. Embora eu seja o mesmo de outras ocasiões, só que mais velho um pouquinho. Eu sempre brinco, eu falo no auditório. Eu sou Paulo Amarante, sou um homem branco de 73 anos com cabelos grisalhos, uso óculos, estou usando um paletó que tem um castelinho da Fiocruz, usamos aqui na Fiocruz, sempre utilizamos o nosso pin, demonstrando a nossa vinculação institucional.

E é com muita satisfação, mais uma vez, nós contamos com a presença sempre honrosa do Roberto Whitaker, o Bob, que é um jornalista estadunidense, internacionalmente conhecido, é intensamente premiado. Ganhou prêmios com o “*Mad in America*”, “Loucura na América”, fez o “Anatomia de uma Epidemia” que é um livro básico, referência internacional, nós traduzimos aqui em português, nós editamos na época com o Fernando, tem um prefácio nosso. O Bob tem o último livro que nós já apresentamos aqui, que é uma das nossas metas de tradução que é o “Psiquiatria sob influência e corrupção institucional: ideias para a transformação e a reforma”, que é muito sério, muito importante. Recentemente, ano passado, lançamos um livro organizado em conjunto chamado “Desmedicar: a luta contra a medicalização global da vida”. E bem, é editor deste site *Mad in America*, que é um acontecimento internacional reconhecido, que nós temos uma versão aqui no Brasil, o *Mad in Brasil*. E também tem outras versões aí, tem em Portugal, nós fizemos também com os organizadores responsáveis, editores deste site. E vários países do mundo, esse site. Então, mais uma vez lembrar para quem não conhece, www.madinbrasil.org, que tem informações regulares sobre questões relacionadas a medicalização, patologização, experiências de

desmedicalização. Boa parte destes autores já estiveram aqui, convidados. Então, desculpe a minha apresentação um tanto longa, eu vou passar para o Bob que vai fazer hoje a apresentação, a primeira apresentação, os *slides* estão como *papers* que vai facilitar também, uma revisão das evidências sobre os antidepressivos, efeitos a curto e longo prazo. Nós queríamos muito este ano, o tema é a questão das evidências, medicina baseada em evidências, além da medicina em geral, este termo da evidência não é tão evidente assim, as evidências enganam, em analogia a música de Tunai e Sérgio Natureza interpretada belissimamente por Elis Regina, “As aparências enganam”. As evidências também. O Giovanni Berlinguer, com quem eu aprendi muita coisa, foi meu professor e amigo, um grande médico titular da *La Sapienza* dizia que o problema é quem recolhe e interpreta a evidência. A evidência não exclui o fator humano, o sujeito, da interpretação do lugar de classe, de raça, de etnia, de saber, marco teórico e tal. Há o momento da interpretação e da evidência.

De qualquer maneira, no campo da saúde mental, da psiquiatria, o problema das evidências ainda é mais importante. O que são as evidências é um dos temas centrais do seminário este ano, a questão das evidências, vamos abordar isso em outras mesas também. Além das estratégias, das práticas. Marcelo falava também, que temos o enfrentamento no âmbito clínico, no âmbito do cuidado, das práticas, dos processos de medicalização e de patologização. Como fazer para não patologizar, não medicalizar, ou desmedicalizar, despatologizar. Então, é essa a apresentação. Esqueci dos outros títulos aqui... e outros medicamentos psiquiátricos, a evidência sobre os antidepressivos efeitos a curto e longo prazo e outros medicamentos psiquiátricos. Então, eu passo para você Bob, por favor.

PALESTRA DE ABERTURA

“O que são evidências na psiquiatria”

ROBERT WHITAKER

Bom. Primeiro vou dizer algumas palavras em espanhol e depois vou falar em inglês. Eu sinto muito por não poder falar português. Eu estive aqui muitas vezes, estou falando com vocês e agradeço muito a Paulo por esta oportunidade. Sempre gosto muito de estar aqui no Rio. Eu sei que é um momento muito triste também. Eu vou falar em inglês agora. Vocês todos podem ouvir uma tradução ou algo assim? Você pode me ouvir em português? Ok. Este é um seminário muito importante e um grupo de seminários que vocês estão organizando aqui no Brasil. Há muitas vozes ao redor do mundo que estão dizendo que precisamos desmedicalizar. Isso, precisamos mudar, precisamos ter uma revolução em como pensamos sobre as desordens psiquiátricas. Então há um crescente interesse nessa mudança, em mudança revolucionária, mas não sei de outro país que está fazendo tanto quanto o Brasil para efetuar essa mudança de forma sistêmica. E isso é por causa de Fiocruz, é por causa de Paulo e de todos vocês. E eu só quero dizer que o que vocês estão fazendo no Brasil pode ser um exemplo de mudança sistêmica em outros lugares. E é por isso que é um prazer para mim estar aqui. E o que eu vou fazer brevemente, é explicar a necessidade de sabermos a base de evidência para drogas psiquiátricas? Porque nós temos agora um modelo de doença, e sob o modelo de doença, e ele diz que os problemas existem no interior da cabeça do indivíduo. E então nós temos uma droga que pode curar esses problemas, essa é a promessa do modelo de doença.

Mas se formos fazer uma mudança, uma das coisas que temos que primeiro ver e perguntar é se o modelo da doença está funcionando. E quando eu digo que está funcionando, isso ajuda os indivíduos a ficarem bem? Vamos dizer que você tem depressão, você fica bem para o longo prazo? Você funciona bem? Então essa é uma parte da evidência que gostaríamos de saber. Também queremos saber se esse modelo está funcionando para a sociedade. Então, isso reduz o prejuízo da incapacidade? É um

tratamento efetivo para pessoas que estão depressivas ou psicóticas? Agora, se é, se nós temos evidência que mostra que é efetivo tanto no curto tempo quanto no longo tempo, então por que nós mudaríamos? Não há necessidade de mudar, certo? Se é um tratamento efetivo para uma doença, nós não precisamos mudar. Mas se a evidência mostrou, e nós estamos fazendo este modelo agora por 45 anos, que não é efetivo para o indivíduo, e não é efetivo para a sociedade, então você tem um racional para a mudança. E o que eu vou fazer muito brevemente aqui, porque eu tenho cerca de 30 minutos, é ir sobre a evidência para o antidepressivo. E vai ser um pouco técnico. Porque quando você fala de um espaço de evidência, isso é o que a psiquiatria como profissão diz que é a racionalidade. Nós temos razão para usar a antidepressivo desse jeito e para apoiar esse modelo de doença. Então, existem diferentes tipos de evidência.

O tipo de evidência que geralmente é citada são os experimentos clínicos randomizados (aleatoriamente). E esses experimentos são conduzidos no curto prazo, e eles buscam identificar se o antidepressivo reduz os sintomas de depressão melhor do que a placebo. E também existem o que são chamados estudos de recaída. Uma vez que as pessoas ficam melhores, você tem que fazer um estudo em que se eles ficarem com a medicação, ficarão bem mais tempo do que aqueles que saíram da medicação. E essa é a pesquisa que é usada, os tratamentos clínicos randomizados, para justificar, para apoiar o modelo da doença, que as drogas são seguras e efetivas. E nós vamos passar por esses tratamentos clínicos randomizados em um segundo. Mas há outros tipos de evidência também. Há estudos clínicos. Por exemplo, se introduzimos os antidepressivos, qual foi o curso natural da depressão antes de usarmos os antidepressivos? Em outras palavras, você possui uma capacidade natural para se recuperar de um transtorno psiquiátrico. E você quer saber se quando você introduzir as drogas, se os resultados melhoram ou pioram. Esse é o primeiro tipo de evidência. O segundo tipo de evidência que você quer ver é em pacientes do mundo real. Quais são os resultados? Agora, no mundo real, o problema é nos ECTs (Ensaio Clínicos Randomizados), eles são conduzidos em um grupo muito seleto de pessoas. Então você quer ver como é no mundo real? Quais são os resultados não só por seis semanas, mas para um ano, dois anos. A outra coisa é que os ECTs não nos dizem o que está acontecendo com as pessoas por períodos mais longos. Nós

queremos olhar os estudos clínicos que nos dizem o que está acontecendo com as pessoas que, digamos, tomam antidepressivos por 5 ou 10 anos. E, finalmente, nós queremos olhar os resultados de saúde pública. Esse modelo de cuidado reduz o prejuízo de depressão na sociedade? Ou, por algum motivo, estamos vendo isso aumentar? E você pode fazer isso para toda classe de drogas, mas vamos focar em antidepressivos hoje. Vamos começar com a evidência que é usada para justificar a prescrição de antidepressivos. Estes são os treinamentos de curto prazo, geralmente fundada por empresas farmacêuticas. E o que eles fazem é que eles levam pessoas, muitas vezes que já estão com antidepressivos e suspendem o seu uso, e então um grupo é randomizado para placebo, e outro grupo é randomizado para droga, ok?

Então, quais são as limitações deste corpo de evidência? Primeiro, são financiados por empresas farmacêuticas, esses testes. Segundo, a maioria das pessoas no mundo real não podem se qualificar para estes testes pelos critérios de inclusão e exclusão. E o terceiro é que não é utilizado um grupo placebo real. O grupo placebo é um grupo que foi retirado das medicações, então nesse processo aparecem sofrimento de sintomas de retirada ou abstinência, mas isso vai confundir os resultados. Um estudo que foi realizado no Reino Unido, é uma investigação governamental da comissão de saúde sobre testes clínicos randomizados. Você pode ler. Eles dizem que o problema é que eles não preveem o que vai acontecer na população em geral. Você pode ler isso? Isso vem do governo no Reino Unido. Apenas para que saibamos, há limitações para esse conhecimento, essa base de evidência.

Essas limitações nunca são apresentadas pela psiquiatria para a população. Eles apenas dizem que essas drogas são seguras e efetivas. Mas há limitações. Agora vamos olhar a diferença de placebo de drogas nesses experimentos de seis semanas. Há duas medidas que queremos olhar. Uma é a diferença estatística significativa, em outras palavras, há menos de 5% de chance de que foi apenas por acaso. E é isso que a administração de alimentos e drogas usa quando aproveitam a droga. Mas há outra medida. É a diferença entre a droga e o placebo clinicamente significativa. É significativo, mesmo em um nível mínimo? E isso quer dizer, você pode até perceber a diferença em si

mesmo ou o médico? Então eles têm um padrão chamado de diferença mínima clínica importante. Agora, a escala que é usada para assinar sintomas depressivos é chamada de escala Ham-D. E o que eles dizem, na literatura de pesquisa, é que você precisa ter pelo menos cinco pontos de diferença no final do ensaio clínico nessa escala para que exista a importância clínica mínima exigida. Agora, o que você vai ver aqui são duas grandes meta-análises. Uma meta-análise é quando você pesquisa todos os estudos que foram feitos anteriormente, e aí você agrega os dados. E o que eles dizem é que nesses estudos, feitos pela indústria, a diferença entre placebo e droga é apenas dois pontos. Menos de dois pontos na escala. Em outras palavras, não aumenta ao mínimo nível de relevância clínica. É estatisticamente significativo, mas não clinicamente significativo. E você pode visualizar isso. Então, esta é a escala Ham-D. E você vê no começo, estes são os níveis de base da análise de meta. E você verá no final que há quase nenhuma diferença. Você pode ver isso na escala? É uma escala de 52 pontos. Você pode ver que não há quase nenhuma diferença na severidade dos sintomas.

Outra forma que as pessoas falam sobre a eficácia de drogas é chamada de tamanho de efeito. E o tamanho de efeito permite que você veja o quanto é sobreposto. Se gravarmos o espectro de resultados para a droga e gravarmos o espectro de resultados para o placebo, você verá que, na maioria, eles sobrepõem com o tamanho de efeito. E 88% das respostas que você vê na droga é também visto no grupo placebo. Então eles dizem que isso é um tamanho de efeito de 0.3. E com um tamanho de efeito, você pode fazer um cálculo chamado de número necessário para tratamento (NNT). E isso é realmente importante, o que eles dizem é que você tem que tratar oito pessoas com um antidepressivo para receber uma pessoa extra que vai ter uma boa resposta à droga. Mas isso significa que os outros sete são expostos aos efeitos adversos da droga sem nenhum benefício, na média. Então o que você está vendo aqui é que a maioria das pessoas não se beneficia, mesmo em curto prazo, além do placebo, de um antidepressivo. E se olharmos os resultados no agregado, a diferença não aumenta até uma pequena diferença clinicamente importante. E isso é quando eles examinaram toda a literatura de pesquisa, não é um único experimento. Agora, eu vou passar para os antipsicóticos, mas uma coisa realmente surpreendente é que é a mesma história para o antipsicótico no uso a curto

prazo. Na verdade, a diferença entre droga e placebo não aumenta ao nível de uma diferença clínica importante. Aqui é um exemplo. Eles usam uma escala chamada PANS. É uma escala de 180 pontos e você pode ver que não há quase nenhuma diferença, no final de seis semanas, entre a redução de sintomas com droga ou com placebo. Uma coisa que é importante aqui, se você é um clínico. Se você é um clínico, você não vê a resposta do placebo, certo? Você só vê pessoas melhorando por 6 semanas com drogas. Então o clínico não tem essa base de comparação em mente porque eles não estão acostumados a ver pessoas sendo tratadas com placebo ou a capacidade natural de recuperação da pessoa.

Agora o segundo tipo de estudo que estávamos mencionando, de testes clínicos randomizados, são chamados de estudos de recaída. Então, se você for para a literatura de pesquisa, se você falar com experts, eles dirão que nós temos duas partes de evidência que justificam o uso de antidepressivos. Nós temos os testes a curto prazo, onde você recebe um pouco de benefício estatístico sobre o placebo. E depois temos o que chamamos de treinamentos de recaída. E aqui é como os treinamentos de recaída são feitos. Você pega aquele pequeno grupo de pessoas que responderam bem, digamos, a um antidepressivo, e aí você randomiza um grupo para ficar com a droga, e o outro grupo você retira as pessoas do uso da droga. E com muita regularidade as pessoas retiradas da droga recaem em um mais alto nível. Mas o problema é que você está fazendo esses estudos em um pequeno grupo de pessoas, os que respondem, ok? Então, isso não te diz realmente como antidepressivos funcionam, ou se eles estão reduzindo o risco de recaída com o tempo, comparado com a capacidade natural de recuperação. E o que eu quero mostrar aqui é que isso é reconhecido, que esses estudos não servem. Então, o que eles disseram é que se você tiver isso. Você pode ler isso? Isso é feito por um dos melhores psiquiatras conhecidos nos Estados Unidos. E ele diz que esses experimentos de recaída não são exercícios científicos. Vocês podem ver isso? E é porque você está selecionando um grupo de pessoas que respondem bem para fazer os experimentos. Vocês veem isso? Então, em outras palavras, não sou eu que estou dizendo isso, mas é o Nassar Ghani, e isso é um problema conhecido nos estudos. Então, se olharmos a base de evidência para o uso de antidepressivos, o que é citado são os RCTs. Os treinamentos de curto prazo, eles

dizem, ok, agora sabemos que eles são efetivos. Esse é o que a população está dizendo. E nós também sabemos que com esses treinamentos de recaída, as pessoas tomando a medicação, recaem em um nível mais alto. Mas, como você pode ver, isso não está dizendo a você como as pessoas estão passando a longo prazo ou como todas as pessoas estão passando. E até mesmo o grupo placebo nos tratamentos de recaída estão passando por desistência de drogas. Então, isso não é evidência que realmente apoie o uso de drogas a longo prazo, mesmo que seja citado por fazer isso. Agora vamos para os estudos clínicos. A primeira coisa que você quer fazer, e isso é muito esquecido, é que na natureza há uma capacidade natural para se recuperar da depressão, acredite ou não, da psicose, dos episódios de manicômio etc. Então a primeira coisa que você quer fazer, enquanto tentamos acessar o impacto de drogas psiquiátricas a longo prazo, é o que foram os resultados para pacientes depressivos antes da chegada de antidepressivos? Qual é o curso natural da doença?

Agora, a primeira pessoa a falar sobre isso foi um psiquiatra suíço chamado Emil Kraepelin. Ele olhou para pacientes hospitalizados por depressão. E o que ele encontrou foi que se você os acompanha a longo prazo... primeiramente, ele encontrou que 85% estariam melhores no final de um ano. E depois ele disse que se você os acompanha para o longo prazo, 60% teriam apenas um episódio de depressão em sua vida, eles teriam um episódio só. E havia um grupo que em dois anos teriam um novo episódio, e isso era 27%. Apenas 13% ficaram cronicamente depressivas. Isso foi antes dos antidepressivos, ok? E então havia um estudo que olhava os resultados de 10 anos. Na época, desde Kraepelin. E aqui é o que eles disseram que eles viram os resultados a longo prazo. Antes dos antidepressivos 50% tinham apenas um episódio, 40% tiveram um episódio todos os 3 ou 4 anos, 10% se tornaram crônico.

Agora, isso é realmente importante. Aqui é o que os *experts* nos Estados Unidos, em transtornos afetivos, disseram que era o curso natural da depressão antes do uso de antidepressivos. Vocês podem ler aqui. Esses são os líderes da psiquiatria americana nos anos 60 e 70. Então você pode ver isso, certo? Todos estão dizendo que é um transtorno episódico, é raramente crônico. Mas agora eles começam a usar antidepressivos. E muito

rapidamente algumas clínicas começam a dizer isso: “bem, talvez meus pacientes depressivos estejam melhorando mais rápido”, quando na realidade eles estão tendo recaídas com mais frequência. As drogas estão fazendo com que os transtornos sejam mais crônicos. O primeiro teste foi feito por um psiquiatra holandês e foi o que ele descobriu. Ele descobriu que se você tratar depressão com um antidepressivo, você vai ter mais episódios a longo prazo. Isso vai tornar o transtorno crônico. Nos Estados Unidos, tivemos um estudo muito grande chamado de Psicobiologia da Depressão, nos anos 1980. Era feito para entender qual era o curso de depressão a longo prazo. E aqui é o que eles encontraram. Um terço dos pacientes não responderam de forma alguma a antidepressivos. Um terço respondeu de uma forma, eles ficaram um pouco melhores, mas não remitiram. A depressão não foi totalmente desviada. Um terço se remitiu ao curto prazo. Mas, ao longo prazo, eles descobriram que 5% começaram a ter um curso crônico e que 15% do grupo que inicialmente respondeu bem, melhorou, e mais ou menos metade permaneceu bem. Então, o novo curso da depressão, como disse a nossa organização de pesquisas nos Estados Unidos, o Instituto Nacional de Saúde Mental, foi isso. Com os antidepressivos, 85% têm um curso crônico agora, e apenas 15% ficam bem, você vê a mudança? É exatamente o contrário do que costumava ser, mais ou menos. Ok, mas esse é apenas um ponto de dados, ok? De repente, na era dos antidepressivos, a situação é mais crônica. E aqui você vai ver que os líderes estão dizendo, nós reconhecemos o curso de mudança. Você pode ler isso aqui? Nós reconhecemos que agora está crônico. E o que eles estão dizendo para salvar a reputação dos antidepressivos é, “oh, não são as drogas, é só que agora realmente encontramos o curso natural de depressão. Temos um avanço na nossa compreensão”. Mas o que eles estão vendo agora, é o curso da depressão medicada.

Então agora, você quer olhar o que são os resultados em pacientes de verdade hoje. Este foi um estudo feito por pessoas em Minnesota. Minnesota é um estado nos Estados Unidos. E por quatro anos, eles só olharam o que eram os resultados para todos os pacientes tratados com depressão no estado inteiro. E você verá que apenas 5% ou 6% estavam bem no final de um ano. Havia mais de 8% a 10% que estavam melhor, mas não bem. E 85% estavam cronicamente deprimidos. Ok? Agora no final dos anos 1990, o

Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH) disse, você sabe o que? Nós não sabemos, hoje, o que é o longo prazo de depressão em pacientes da vida real. Em outras palavras, pacientes que vêm às clínicas, não os pacientes que entram nos treinamentos de indústria. Então, eles fizeram um estudo de 126 pessoas que receberam o melhor cuidado possível. E, a propósito, esses não eram pacientes hospitalizados, eram pessoas que vinham às clínicas, pacientes desesperados. Apenas 26% dos pacientes até tiveram uma redução de 50% em sintomas. Eu acho que 30% foram remitidos por um tempo. E no final de um ano, apenas 6% ficaram bem. Apenas 6%. Que melhoraram e ficaram bem. Então, isso foi desagradável. Então, a NIMH lançou o maior estudo sobre antidepressivos. Se chama o trato STAR-D. Foram 4.041 pacientes, pacientes fora, com a severidade de sintomas moderada. Eles entrariam na clínica e todos seriam tratados, não havia grupo placebo, todos tratados com droga. E se a primeira droga não funcionasse, eles teriam uma segunda droga. Se a segunda droga não funcionasse, eles teriam uma terceira droga. E se a terceira droga, eles fariam quatro tentativas para ver se poderiam remitir, ok?

Se a depressão desaparecesse, e não apenas uma tentativa, a ideia era para todos aqueles que remitissem de acompanhá-la por um ano e vamos ver quantos ficam bem com o melhor cuidado clínico possível. E quando montaram este estudo, que é o mais famoso estudo do mundo, eles disseram, este é o encontro, esta é a pesquisa que guiará o nosso cuidado clínico nos Estados Unidos e realmente ao redor do mundo, ok? Porque, isto é, em pacientes do mundo real. O que aconteceu foi, rapidamente, que os resultados eram tão pobres que os investigadores, que recebiam dinheiro do governo, mas também trabalhavam para as empresas farmacêuticas e cometeram fraude. O que eles fizeram foi, ao invés de seguir o protocolo para assinar resultados, eles mudaram as medidas de resultado, eles até incluíram pessoas que não estavam depressivas “o suficiente” para ser elegíveis para o trabalho. E então eles imaginaram, se as descargas só ficassem por todas, quantas pessoas realmente teriam remitido. E o que se concluiu, e isso restaurou o uso de antidepressivos em todo o mundo, foi que 70% dos pacientes, após quatro tentativas, remiram e estavam bem. E essa foi a mensagem que foi ao redor do mundo psiquiátrico, e foi uma fraude. O que aconteceu é que as pessoas usaram o pedido de liberdade de informação para obter o protocolo e os dados dos relatórios. E eles disseram quantas

pessoas realmente ficaram bem e quantas delas permaneceram bem. E aqui estão os resultados. Então, você vai ver aqui, ao invés de 4.100, é 3.110. É porque eles tinham, tipo, 1.000 pessoas que não eram legítimas para o trabalho, elas não estavam depressivas o suficiente. Então, essas são as pessoas que, na verdade, estavam depressivas o suficiente para fazer o trabalho. Apenas 1.089 foram remitidos após quatro tentativas. Isso é cerca de 35%. Essas pessoas foram colocadas no processo de seguimento. Apenas 108 das 3.000 pessoas melhoraram e ficaram bem no processo até o fim. Essa é uma taxa de bem-estar de 3%. Agora, essa taxa de bem-estar é realmente em algo que foi publicado pelos investigadores, mas eles não publicaram essa parte. Havia um gráfico, mas eles não falaram sobre isso. Porque imagina isso, se a população tivesse sido contada que apenas 3% das pessoas no maior trato antidepressivo de todos os tempos conseguiram ficar bem, e ficar bem seria então a evidência para continuar usando antidepressivos ao longo prazo? Seria uma explosão extraordinária para a psiquiatria. Em vez disso, eles mentiram. Disseram que 70% ficaram bem. E isso causou uma explosão do uso de antidepressivos em todo o mundo.

Agora, havia outro estudo nessa época, pela NIMH, qual é a recuperação de pacientes depressivos sem medicamentos em pacientes de verdade? E vocês sabem o que eles encontraram? Em um mês, apenas 23%. Em seis meses, 67%. No final de um ano, 85% dos pacientes não tratados com antidepressivos estavam bem. Então aqui está a comparação da NIMH de resultados em um ano. No estudo de 1980, a NIMH estava em 15%. Em Minnesota, estava em 5%. No estudo de Stardust, estava em 3%. Mas era um pequeno, 6%, e o Star D, 3%. E era 85% para o grupo sem medicamentos. E os pesquisadores da NIMH disseram que era exatamente o que o Kraepelin dizia, 85%. Então, você vê essa mudança. A depressão está agora dirigindo um curso crônico. E você tem um psiquiatra chamado Giovanni Favoni que pergunta se essas drogas estão causando uma cronificação do transtorno mental. E você vê que ele está fazendo isso por causa do que ele viu na base de evidências. Então ele levanta essa questão. Agora, o que você quer olhar? Você quer olhar todos os estudos clínicos que você pode encontrar nos tempos modernos, em que eles só comparam resultados a longo prazo para aqueles que tomaram antidepressivos e para aqueles que não tomaram, certo? E aí você vai ver, tem 1,

2, 3, 4, 5, 6, 7 estudos aqui. E às vezes eles mesclam no final de 5 anos, às vezes no final de 2 anos, às vezes eles mesclam pessoas que estão voltando para o trabalho, taxas de deficiência. Em cada estudo, o grupo sem medicamentos, o grupo que escolheu não tomar antidepressivos, teve melhores resultados em cada estudo. E um dos mais importantes foi um estudo feito pela Organização Mundial de Saúde. Esse é o segundo aqui, abaixo. E eles enviaram investigadores para 15 clínicas ao redor do mundo. E os investigadores se comportaram como gatos na parede. Eles diziam que eles identificariam quem estava depressivo, mas eles não diziam aos médicos de saúde primária. E a ideia era que as principais condições que identificavam pessoas depressivas e tratavam com antidepressivos, aquele grupo teria melhores resultados do que aqueles que estavam usando antidepressivos, mas não foram diagnosticados. O ponto era que isso justificaria o tratamento de depressão. Então, o que eles encontraram? Eles descobriram que aqueles que estavam depressivos, mas não foram diagnosticados, apenas 25% estavam depressivos no final de um ano, contra 50% desses que foram diagnosticados e tratados. Mas em todos esses estudos, é a mesma coisa. Os pacientes não medicados se saem melhor. Então, os pesquisadores começaram a dizer, apenas alguns pesquisadores, Giovanni Favoni e um homem chamado Riefel Malek.

Riefel Malek costumava trabalhar para Eli Lilly, ele é um *expert* em Transtorno do Processamento Sensorial, ok? Agora você pode ler isso. O que ele está dizendo aqui? Apenas leia. Apenas leia primeiro e eu vou explicar. Quantos de vocês já ouviram falar que as drogas induzem a disforia? Algum de vocês já ouviu falar disso? Então o que ele está dizendo é que as drogas causam uma mudança biológica na mente que faz as pessoas mais vulneráveis a uma depressão persistente, como a disforia. E aqui é o que eles realmente estão dizendo é que antidepressivos aumentam os níveis de serotonina, certo? Seu cérebro, em resposta à droga, desliga sua própria máquina serotoninérgica. Você coloca seu cérebro em um estado subserotonérgico. Agora você tira a droga, você realmente causou... A própria patologia hipotetizou, que causou depressão em primeiro lugar. E isso é o que eles estão dizendo, acontece. E eles estão dizendo que uma vez que isso se desenvolve, mesmo depois de você sair da droga, você não pode mais ter sua vida completa de volta. E isso vem de um dos líderes em transtornos afetivos nos Estados

Unidos. Mas você pode ver que há pesquisas que levaram a esta conclusão. Agora, eu disse que o terceiro tipo de pesquisa foi sobre os níveis de deficiência. Estes são resultados de saúde pública. E eu fui pedido para dar uma apresentação a um grupo de trabalho no Parlamento no Reino Unido, sobre esta questão. Por que estamos vendo níveis de deficiência aumentando com o uso de antidepressivos aumentando? Então eu fiz a pesquisa, e vocês vão ver, do aumento do número de pessoas que estão com deficiência de governo nos Estados Unidos, por causa de transtornos afetivos.

E vocês veem como isso aumenta rapidamente com o uso de antidepressivos? Vocês podem ver isso? Há uma correlação ali. E o Reino Unido? A mesma correlação. E a Austrália? A mesma correlação. Dinamarca. Este é um estudo um pouco diferente, mas tem a porcentagem de pessoas recebendo um novo diagnóstico de depressão. A mesma correlação. Islândia, a mesma correlação. Suíça, a mesma correlação. Eu não tenho tempo para fazer o antipsicótico, mas aqui está a coisa. Acredite ou não, a história para os antipsicóticos é muito similar, onde eles descobriram que, uma vez introduzidos, as pessoas agora estavam recaído com maior frequência do que antes. Elas estavam tendo recaídas mais severas. Tão cedo quanto 1980, eles posicionaram uma razão por que as drogas fizeram as pessoas mais biologicamente vulneráveis à psicose.

Nós tínhamos um estudo longitudinal, o ritmo de recuperação, este foi o melhor estudo longitudinal feito nos tempos modernos. Eles descobriram que o risco de recuperação para pacientes de esquizofrenia sem antipsicóticos foi oito vezes maior do que para aqueles com antipsicóticos. Existem agora oito estudos que olharam as chances de recuperação a longo prazo para pacientes de esquizofrenia com e sem medicamentos. Todos os oito encontraram mais chances de recuperação para aqueles sem medicamentos. E ainda assim, como vocês sabem, o normativo comum é que você tem que tomar medicamentos se você tem um transtorno psiquiátrico ou esquizofrênica. Estas são as pesquisas mais importantes nos Estados Unidos sobre os resultados a longo prazo para a esquizofrenia. Realmente os resultados acerca da esquizofrenia nos tempos modernos, as taxas de recuperação desceram, são agora piores do que eram no primeiro terço do século 20. Os resultados sobre o transtorno bipolar são agora muito piores do que eram antes da

chegada do lítio e antidepressivos. Você verá que uma vez que eles começam a usá-los, um pesquisador diz, “uau, parece que estamos causando uma cronificação desse transtorno”. Isto é agora visto como o novo curso da doença. O bipolar também era visto como episódico. Você teria um tempo de doença depressiva, que iria se apagar. Muitas pessoas só tinham um episódio, e outras pessoas, como no caso da depressão, poderiam ter um episódio a cada três anos. Mas o que está acontecendo agora? Mais deficiências funcionais, mais problemas cognitivos, mais morte prematura. Agora, de novo, lembre-se do que os especialistas estão dizendo sobre os resultados em relação aos bipolares. Estes são os experts da NIMH. Você pode ler aqui. O curso mudou na época da psicofarmacologia. Está pior agora. E estes são os líderes no mundo, bem, no mundo inglês falando sobre bipolares. Sobre transtornos afetivos. Aqui está o ex-presidente da NIMH. Leia o que ele diz. Ok? Recentemente, Ghost Unger, que é o editor da JAMA Psiquiatria, uma revista de psiquiatria muito popular, escreveu um editorial esta semana passada e disse: “Os resultados mostram que os grandes transtornos mentais estão piorando”. Isso foi um reconhecimento nas últimas décadas. Para a esquizofrenia, para a bipolaridade, para a OCD, para a depressão. Ele diz que estão piorando. Estamos recebendo mais mortes prematuras.

Então isso é um reconhecimento do que você ouviu hoje sobre a falha do modelo da doença. Ele não atribuiu isso às drogas, ele atribuiu isso a uma falta de apoio social. Mas se você olhar o espaço de evidência para as drogas, nos diz que essas drogas aumentam a cronificação do transtorno. Eu quero dizer uma coisa. Isso não quer dizer que as drogas não tenham lugar. Mas a forma como nós as usamos agora como tratamento para uma doença e dizemos que devemos levá-las a longo prazo não está funcionando. E você vai ver aqui o ex-diretor da NIMH. Você pode ler o que ele disse: “Por que nós estamos produzindo resultados piores quando mais pessoas são tratadas?”. Agora, o público nunca fica sabendo dessas coisas. Você tem que ler essas coisas em certos jornais e tudo. Mas o que eu estou te dizendo é que há um reconhecimento agora. O modelo da doença não funcionou. E, claro, a história do desequilíbrio químico também não apareceu. Agora sabemos que isso não é verdade. Pessoas com depressão não têm serotonina baixa. Pessoas com esquizofrenia, antes de usar drogas, não têm muita

dopamina. Então, de qualquer forma, o que eu disse no começo desta palestra é que nós tivemos um modelo de doença, uma forma de pensar sobre as doenças psiquiátricas, por 25 anos, começou nos Estados Unidos em 1980. E nós dissemos que os problemas estavam dentro da cabeça do indivíduo, certo? Isso é o que nós dissemos. Então nós tratamos o indivíduo com drogas. E não está funcionando. E uma das razões por que não está funcionando é porque não há uma patologia conhecida que estamos tratando. Nós não sabemos as causas biológicas. Mas o que você vê é, quando você olha para os dados do RCT, não mostram realmente as drogas que são efetivas em breve.

Não há dados que mostrem que reduzem os ritmos de recaída. E todos os dados clínicos mostram que o curso da desordem agora funciona mais cronicamente. Há mais deficiência funcional. Há mais mortes prematuras. E quando fazemos estudos que comparam resultados para pacientes não medicados e pacientes medicados, os resultados não medicados funcionam como o curso da doença costumava correr, com mais resultados de recuperação. Então, acho que estou dando mais uma palestra. Esta palestra é para dizer, por que precisamos desmedicalizar? Porque a medicalização não funciona. Em qualquer modo, para o indivíduo ou para a sociedade. E com a desmedicalização, temos uma chance, uma oportunidade. E, de novo, você e o Brasil estão liderando essa discussão sobre a reorganização em relação ao que acontece com as pessoas quando elas sofrem. E aqui está a grande coisa que falaremos. Parte dessa reorganização, é claro, não acontece no cérebro do indivíduo, acontece nos espaços entre eles, em ambientes, suas condições sociais, às vezes doenças, esse tipo de coisa. Mas o ponto desta apresentação é mostrar que em sua própria ciência, pessoas que queriam provar que o modelo da doença funcionava, quando você realmente olha para a sua pesquisa, mostra que ele não funciona. Realmente não funciona no curto prazo, e certamente não funciona no longo prazo. E uma vez que você entende isso, você pode começar a perguntar se há um momento em que nós podemos usar drogas no curto prazo para ajudar as pessoas a se estabilizar, esse tipo de coisa com um grupo de pacientes selecionados.

E a última coisa. Você conhece o Nasser Ghami, aquela pessoa que eu disse? Ele recentemente veio de um artigo e disse que nós não deveríamos usar essas drogas no

longo prazo. Nós deveríamos usá-las no tempo mais curto possível e no mínimo possível, porque nós não temos evidência, nenhuma, que elas melhoram o resultado a longo prazo. E é onde estamos hoje, 25 anos após a Associação Psiquiátrica Americana dos Estados Unidos inventar o modelo de doença da psiquiatria. Obrigado.

PAULO AMARANTE

Obrigado Bob. Eu estou lendo aqui as questões, muita gente no Youtube acompanhando a apresentação, muita pergunta, mas eu perguntei se ele queria ir para ali onde tem mais... o computador com a tradução, mas parece que tem o microfone. Se alguém quiser fazer alguma pergunta, quiser fazer em inglês, a orientação é que se quiser fazer a pergunta em inglês, faça menos comentários e mais perguntas para gente aproveitar o Bob aqui. Então a pessoa pode fazer a pergunta em inglês e só fazer uma ligeira anotação em português, entrada, para o restante das pessoas, para ele responder. Nós vamos chamando o Miguel aqui, que é professor de inglês vai poder ficar aqui ao lado dele, talvez fazendo já que não funcionou o nosso improviso. Então... oi Miguel, vou pedir para você se sentar aqui ao lado do Bob para fazer uma ajuda... o Chris chegou aí? Chris é um cineasta, documentarista holandês que está aqui fazendo uma matéria sobre a nossa reforma psiquiátrica brasileira e o Miguel foi tradutor lá... para fazer uma orientação com ele sobre o que está sendo perguntado, você explica pelo menos o conteúdo para o Bob. Miguel é nosso colaborador aqui da nossa equipe. Quero aproveitar, acabei não agradecendo, registrando todo o trabalho da equipe do LAPS, da ENSP, o pessoal do apoio aqui, da filmagem, da transmissão, todo apoio que a gente está tendo. Depois nós vamos registrar mais formalmente aqui. Então, está aberto para perguntas, por favor, quem quiser diga o nome, local onde trabalha e seja o mais objetivamente que puder, considerando as nossas dificuldades, o nosso improviso aqui por causa dessa situação que nós estamos vivendo. Está aberto, Holmes.

HOLMES MARTINS

Olá, meu nome é Holmes, sou um médico psiquiatra. Duas perguntas rápidas. Uma é, se em algum estudo inclui o conceito de interseccionalidade para ver estes grupos como gênero, raça, cor, condições socioeconômicas para que a gente pudesse entender por que estas são variáveis muito importantes pra ver quem foi medicado e os resultados. E a outra coisa, aquele grupo Comissão para Make America Health Again. É alguma brincadeira? É algum órgão governamental? Ou é alguma paródia ao que o Governo atual americano faz sobre a saúde na América. Enfim, eu fiquei sem entender se é uma paródia ou se é algo governamental.

ROBERT WHITAKER 1:34:54

Não. Não há estudos separando os resultados com base em gênero ou classe social. Este é um dos problemas destes estudos, na verdade. É um problema existente. Mas não há. Estes resultados são juntados no agregado e talvez surja algum estudo que mostre que muitas das evidências, 60% para as mulheres, 40% para homens algo assim. E você nunca lê sobre o status socioeconômico. Em geral, os estudos da NIMH, provavelmente teriam um status socioeconômico mais alto, pessoas entrando em clínicas, como o estudo do STAR-D, e tal coisa. Mas a resposta à sua pergunta, que é uma boa pergunta, é não. Não.

MIGUEL PINHEIRO

Você quer que eu traduza? Então, ele diz que não, basicamente não. Ele diz que se revisar os estudos, até se pode encontrar alguns nos quais se nota que, por exemplo... cerca de 70% eram mulheres. Talvez você possa encontrá-las, mas estes estudos não

foram tão acurados em tantos. Eles não tomam em consideração estes aspectos, a classe social, o gênero, o sexo, a orientação. Estas coisas não estão presentes neste estudo. Então. Nosso professor querido aqui está dizendo que esta questão do Make America Great Again é um órgão que faz parte da administração Trump. Ou seja, foi designado pelo Trump e é uma espécie de pequena bagunça, porque apesar de algumas contribuições válidas, como tratar esses problemas relacionados à antidepressão, e os impactos da antidepressivo na gravidez, eles também estão defendendo, verbalizando publicar outras ideias que dão margem para suspeitar porque se eles são publicados, você pode publicar outras coisas que pode causar sabotagem para a nossa luta, para o nosso trabalho. Por exemplo, temos pessoas que estão contra as vacinas, que estão contra certas coisas que são essenciais para nós. Elas são básicas em termos de sistema de saúde. Então, isso pertence à administração do Trump, mas é um corpo que causa muitas dúvidas.

PAULO AMARANTE

Obrigado, Miguel.

PARTICIPANTE JOSÉ ROBERTO

Bom dia, meu nome é José Roberto Coutinho, eu sou psiquiatra e trabalho no serviço público. E eu gostaria de saber, nesses estudos, como você lida com a situação em que, além de grande parte dos pacientes que tomam antidepressivos, eles recebem prescrições por não psiquiatras, muitas vezes por ginecologistas, cardiologistas, clínicos gerais. Mas acho que a pergunta mais difícil não é essa. É a coisa que é prescrito por médicos que não sabem como diagnosticar uma depressão. Eles não sabem como essa droga funciona no corpo humano. E muitas vezes eles não sabem o paciente. Então é uma situação que não pode se desenvolver bem. Como isso é lidado nos estudos, porque acho

que é diferente quando é uma paciente que é acompanhada por um médico que sabe diagnosticar, conhece o medicamento que está sendo usado e mesmo que se baseie no protocolo muito conservador, muito medicalizante, mas está se baseando em alguma coisa que tem um respaldo científico e não na amostra grátis que ele acabou de receber ou no medicamento que o paciente diz que precisa. Obrigado.

ROBERT WHITAKER

É uma ótima pergunta. O mesmo acontece nos Estados Unidos. Muitas pessoas que fazem as prescrições não são psiquiatras. Ah, ok. Existem estudos que foram feitos... estes estudos que eu estou falando, os estudos da NIMH, são estudos onde as pessoas são diagnosticadas por psiquiatras. Então os estudos são estudos em que os psiquiatras aplicaram os escalares durante a diagnóstica. Mas no mundo real, a maioria das prescrições para a antidepressão são feitas por pessoas que não são psiquiatras. E esse é o problema.

TRADUÇÃO DO MIGUEL PINHEIRO

O professor está dizendo que nos Estado Unidos existe igualmente este problema, mas ele disse que também tem este problema que a maioria, 85% pasmem, 85% dos antidepressivos que são prescritos não são prescritos por psiquiatras. E ele diz inclusive que, claro, já se viu que isso atrapalha, sabota tudo. A pessoa tem muito mais problemas em lidar com a doença, administrar a medicação, a controlar os sintomas e até se recuperar ou fazer o desmame da medicação. E ele bem disse que é um desastre, usou a palavra desastre. É um desastre que é feito lá nos Estados Unidos em relação a isso. E ele diz que estes estudos que ele citou, estes estudos que ele está utilizando aqui agora, estes estudos também carecem de fato, de não usar disso porque estes estudos que tiveram interesse especificamente das pessoas que estavam com medicações psiquiátricas

prescritas por psiquiatras. Mas pelo que ele nos está dizendo estas prescrições são até uma minoria, porque 85%, eu acabei de dizer como ele disse, 85% das drogas psiquiátricas, os antidepressivos prescritos, não são prescritos por psiquiatras.

ROBERT WHITAKER

Estes são os estudos onde os psiquiatras estão fazendo este diagnóstico.

PAULO AMARANTE

Se tiver mais perguntas, eu estou com... ah, você está escrito, tá.

PARTICIPANTE ISABELA

Bom dia! Eu sou Isabela, sou psicóloga, trabalho no SUS, sou aluna do Curso de Especialização em Saúde Mental, do LAPS, aqui da FIOCRUZ. Eu fiquei com algumas questões em relação aos estudos que você trouxe comparando esse efeito, com o uso do antidepressivo e tentando, enfim, levar a vida sem o antidepressivo. E no final tendo estes números que são muito reveladores em relação possivelmente a potência de outros meios para cuidar do curso de um processo depressivo. E aí a minha dúvida é mais em relação a como aparece isso nos estudos. Os estudos citam que outros recursos que as pessoas tiveram para cuidar desse processo de sofrimento psíquico, ou isso não aparece. Porque eu acho que é interessante pensar então que meios são esses da vida poder se reinventar porque também não é uma coisa óbvia, não veio do nada. Essa é uma discussão que a gente pensa muito, inclusive, dentro do Curso de Especialização, que meios de reinvenção de vida que a gente tem para além da lógica de medicalização. Acho que é isso. Obrigada!

MIGUEL PINHEIRO

Mas você tem interesse em saber especificamente também como é que que motivou nos estudos sobre os efeitos da medicação e que alternativas há ou você quer saber especificamente só mesmo que alternativas há ao uso da medicação?

PARTICIPANTE ISABELA

Não, eu gostaria de saber se nestes estudos existe esta discussão sobre que outros meios são esses para a vida poder se reinventar deste processo depressivo que só aparece nestes estudos ou se houve uma lacuna.

PAULO AMARANTE

Eu vou aproveitar porque tem várias perguntas no youtube e uma delas é próxima a isso. Quer saber se nos estudos verificaram que pessoas que deixaram de tomar antidepressivos ou não tomaram antidepressivos, se tiveram outras alternativas terapêuticas? Quero aproveitar e citar aqui e fazer referência a Conferência do Illy Krisch aqui, que é o grande pesquisador, o grande estudo que teve sobre antidepressivos, depressão no mundo. Está gravado aqui, podem assistir porque isso demonstra como outros métodos usados no tratamento, não medicamentosos, foram eficientes no tratamento que vai desde terapias psicoterápicas, yoga, meditação transcendental, outras formas de cuidar da vida, fazer parte de um grupo, um grupo de arte, de uma economia solidária e atividades diversas. Mas é muito importante essa citação. Eu já vou passar...

essa da medicação, e retirei com isso uma das questões em vários comentários aqui do Youtube, ok?

ROBERT WHITAKER

Para essa pergunta. Uma parte que se viu nestes dados é a capacidade natural de se recuperar, como a natureza. Você vai para o seu padre, seus amigos e você conversa, você vê uma capacidade natural de se recuperar

TRADUÇÃO DO MIGUEL

Há duas partes. Na verdade, tem duas partes a resposta a esta pergunta. Ou duas respostas. Primeiro, ele já disse quando estava fazendo aqui a sua exposição, nós seres humanos temos uma capacidade natural de nos recuperarmos. O que significa que a maioria de nós, a um nível significativo, a maioria de nós e talvez até todos nós, ao fim de algum tempo nos recuperamos ou ficamos hoje minimamente bem ou vivendo nossa vida com um nível mínimo ou minimamente satisfatório de dignidade. E além de que há vários meios que podemos fazer e várias pessoas fazem, que contribui para isso e que tornam menos absoluta a necessidade, ainda que a curto prazo, de uma medicação. Como por exemplo, encontrar com os amigos, ir à natureza, ele só disse encontrar com os amigos e ir falar com o padre mas dá para entender que encontrar com os amigos, estar no meio da natureza, ir falar com o padre ou confessor, essas coisas todas ajudam.

ROBERT WHITAKER

Há lugares que eles prescrevem, prescrições sociais. Por exemplo, eles dão uma prescrição para ir na Academia fazer exercícios, ou dão prescrição para pessoas que

fazem trilhas. Tem um movimento muito crescente que não está fixado na psicologia, mas mudando as interações sociais das pessoas ao construir o ambiente delas. Por exemplo, temos um Programa no Estado de Connecticut que é feito por psicólogos e funciona da seguinte maneira: as pessoas saem do hospital, elas podem ter oferecidas psicoterapias grátis, de graça. Mas a maneira que eles fazem eles podem se voluntariar em duas horas por semana. E quem trabalha voluntário trabalha em abrigos, trabalham em abrigos de animais, estão fazendo, levando comida para as pessoas. Isso significa que eles têm um sentido, um significado para a vida, eles têm interações sociais. E tem um livro muito maravilhoso que se chama “A cura da conexão”, como nós podemos reintroduzir as pessoas em ambientes sociais. Acho que isso pode ser muito útil além destas terapias.

TRADUÇÃO DO MIGUEL PINHEIRO

O professor disse que há experimentos, como por exemplo um em Connecticut, que ele citou, experimentos que são, em vez de ser feitos em receitar, prescrever a medicação, se receitam, se prescreve experiências na sociedade, experiências sociais alternativas. Basicamente tenta-se mudar o ambiente em que a pessoa vive, tenta-se mudar aquilo e as pessoas ao seu redor para a pessoa ter uma coisa que não é difícil perceber, como o professor está aqui a dar a entender, muitos de nós adoecemos por termos um propósito de vida, um sentido, um significado de vida frágil ou pouco resiliente, ou pouco resiste, e este experimento em Connecticut que ele citou é de pessoas que saem da internação, saem de clínicas e tem como responsáveis por este experimento... o Richard Shure lá em Connecticut como responsável por este experimento. Ele trata o atendimento psicológico, ele é psicólogo sim, ele faz um atendimento psicológico com as pessoas e as pessoas estão pagando, em vez das pessoas pagarem em dinheiro, elas pagam fazendo trabalho voluntário. E ele, o trabalho voluntário, é em abrigos de animais, em locais onde os animais são resgatados ou cuidados, distribuindo comidas para pessoas em situação de rua, e também distribuindo

comida por cuidados com pessoas idosas. E isso é uma resposta das pessoas, além de terem um atendimento psicológico, ter esta questão de ter um propósito de vida, ter sentido que a sua vida tem uma utilidade, tem um sentido, um significado. Isso está sendo um experimento para quando, para fazer isso como alternativa ao tratamento, de significar a vida da pessoa para ela melhorar.

ROBERT WHITAKER

Essa é a promessa, é toda a promessa da desmedicalização. É recompor, reimaginar o problema. Ver que as pessoas estão em ambiente que não é sustentável então buscamos mudar para o ambiente, as pessoas com quem eles convivem, os trabalhos, a habitação, comida, o sentido da vida. Esta é a promessa, a proposta desmedicalizante porque não vemos o problema não está na cabeça do indivíduo, mas sim no ambiente deles. Então é preciso mudar aquele ambiente. Essa é a proposta.

TRADUÇÃO DO MIGUEL PINHEIRO

O professor está a dizer como a sua pesquisa e os pesquisadores lá alinhados com esta pesquisa também, não veem o problema, a doença, os sintomas isolados no sistema nervoso, na cabeça da pessoa, veem o problema como estando quase que totalmente, ou majoritariamente, no ambiente que a pessoa está inserida. Então trabalham tudo isso, a experiências que as pessoas têm, inclusive experiência de trabalho, de amizades, de lazer, de cultura, podemos dizer até de consumo. Todas essas experiências fazerem parte de um sentido que ela tem. Da mudança de sentido que ela tem. Ou então de uma recuperação de um maior nível de sentido, de consolidado da sua vida. Esta é justamente, como ele diz, a tentativa, a proposta que está tentando ser alcançada pelas políticas de desmedicalização. Desmedicação.

PAULO AMARANTE

Tem mais uma pergunta aí, Enzo? Pensei que fosse. Eu vou então passar algumas perguntas aqui do youtube. Eu vou primeiro lembrar, quero fazer, saudar aqui a Edsley de Bonfim, que é do movimento de usuários lá da Bahia, de usuários. Edsley é uma atriz premiada lá na Bahia, ganhou o prêmio de melhor atriz de teatro da Bahia, querida amiga. E aonde ela vai ela canta uma música chamada “Cuidar do outro é cuidar de mim”. Acho que é essa a ideia... cuidar do outro é cuidar de mim. Se você conseguir o objetivo de cuidar de alguém, você está a cuidar de você. Bem, algumas questões já foram mais ou menos respondidas. Uma delas é nessa linha sócrática, da homeostase, a idéia de que o corpo humano, o humano, tende ao equilíbrio, tende a recuperação, a restauração. Então se a depressão... existe pesquisa ele falou, mas a pergunta é essa, pesquisas que demonstram que com o tempo a depressão, assim como a gripe, talvez como algumas doenças, partam e as pessoas se reorganizam na vida e não necessariamente médica e tem um tratamento muito menos medicamentoso. A pergunta é isso, se a depressão, como você falou, se há constatação de que pessoas não tratadas com medicamentos depressivos são... se tem uma reorganização da vida. A outra pergunta muito objetiva é o que se chama de longo prazo nestas pesquisas? O tempo longo prazo, quanto tempo? E uma terceira que eu queria, são quatro, são mais duas. Uma é se de fato existe constatação de que aumenta suicídios entre usuários de depressão... se aumenta ou se há constatação de aumento de suicídios, ou tentativas de suicídio, de usuários de anti-depressivos? E se as faculdades de Medicina e de Psiquiatria corroboram algum destes estudos na formação médica? Permitem os alunos conhecerem isso? Dá para lembrar das quatro?

ROBERT WHITAKER

Os primeiros são, você começa com um ano que é visto como um resultado a longo prazo. Mas algumas das pesquisas serão de mais de dois anos, algumas de mais de cinco anos e algumas de mais de dez anos. E em particular, com a antidepressante, você verá o que são os resultados em um ano. Mas algumas das outras pesquisas vão mais

longe. Com a antipsicótica, é interessante, a diferença não aparece no primeiro ano. Você tem que ter pesquisas mais longas para ver a separação entre as pesquisas de medicamentos e sem medicamentos. Uma pesquisa, oh, me desculpe, estou falando em inglês.

TRADUÇÃO DO MIGUEL PINHEIRO

Então, perguntaram o que estes estudos, estudos em causa, consideram como longo prazo, quantos anos são longo prazo. O professor está dizendo que nos casos dos antidepressivos, vários estudos, talvez a maioria, começam com o período de um ano, já começam a considerar um ano de certa forma longo prazo. Mas vários deles dão continuidade às pesquisas e chegam até 3, 5 e 10 anos. Mas isso é no caso dos estudos com antidepressivos. Agora no caso do uso dos antipsicóticos, por exemplo, é preciso um período mais alargado porque as diferenças não aparecem ao fim do período de um ano. Com antipsicóticos deve-se estudar por mais tempo, mais anos de estudos do que apenas um.

ROBERT WHITAKER

A princípio teve um estudo longitudinal de antipsicótico que eu mencionei na apresentação, após dois anos ainda não seria muita diferença entre aqueles que usavam medicamentos e os que não usavam, mas o que viram entre o período de dois a cinco nos foi que os que não usaram os medicamentos melhoraram tremendamente e os que usaram os medicamentos não melhoraram tanto. Então, até dois anos não se viu tanta diferença, mas depois se viu grande diferença. Em outros estudos na Dinamarca tiveram estudos parecidos e assim por diante. Ou seja, no caso dos antipsicóticos os resultados aparecem mais tarde, após dois anos para frente, por exemplo.

TRADUÇÃO DO MIGUEL PINHEIRO

No caso dos antipsicóticos até mesmo no final de dois anos não se viu realmente uma diferença considerável, significativa. A diferença é pequena. Começa-se a notar mais a diferença ao final de cinco, mais ou menos, cinco anos. E, de fato, diz que as pessoas que se mantiveram tomando medicação, sendo tratadas com medicação, com antipsicóticos, ao fim ainda de cinco anos não tinham melhorado muito. Então, não tinham melhorado significativamente em comparação com aquelas que tinham sido desmedicadas. Aqueles que tomavam medicação antipsicótica tinham uma recuperação, uma melhora paupérrima. Aqueles que foram desmedicados voltaram a sua vida, conseguiram um trabalho ou voltaram a seus trabalhos antigos, voltaram às suas atividades habituais e foram melhorando. Agora, aqueles que... eu estava dizendo que quatro anos... aqueles que continuavam sendo medicados estavam ainda com um desempenho paupérrimo, não tinham tido melhora significativa alguma mesmo após quatro anos.

ROBERT WHITAKER

Então, a resposta sobre suicídio... Nos Estados Unidos, a nossa taxa de suicídio vem aumentando desde 2010. Tem estudos feitos, estudos globais que olha o que acontece com as taxas de suicídio ao redor do mundo quando eles adotam legislações de saúde mental para ter acesso as drogas psiquiátricas. E o que eles encontraram é que com regularidade aumenta as taxas de suicídio. A taxa de suicídios nos Estados Unidos aumentou muito nos últimos anos. Isso nos Estados Unidos. Mas tem estudos sobre o que acontece em países quando eles adotam legislação de saúde mental que dá mais acesso às pessoas às drogas psiquiátricas. O que acontece é que há um aumento no suicídio.

TRADUÇÃO DO MIGUEL PINHEIRO

No período de vinte anos, a percentagem de suicídios tem se estabilizado. Mas estudos pelo mundo afora sobre o que acontece quando são aumentadas as políticas de saúde mental para que a população tenha acesso a medicação psiquiátrica, são... mostram que os suicídios crescem, as percentagens de suicídios crescem imenso... me desculpe, imenso não, sobem um pouco, não sobem tanto, mas sobem 10%. Sobem um pouco as taxas de suicídio nos outros países em que a população tem acesso a medicação.

ROBERT WHITAKER

Tem livros de psiquiatras que têm a orientação de manter esta taxa na sociedade. Então eles não escrevem sobre os estudos que falam sobre os resultados de longo prazo. Eles se baseiam em estudos clínicos aleatórios. Esse é o problema. Eles protegem as narrativas até de estudantes jovens de Medicina. Eles não conhecem esta literatura médica.

TRADUÇÃO DO MIGUEL PINHEIRO

Agora há pouco em uma das respostas que ele disse eu me esqueci de dizer uma coisa, que além das pessoas que pelos estudos com antipsicóticos que deixam de ser medicadas tem um desempenho muito melhor e as que continuam sendo medicadas tem um desempenho mais pobre, um desenvolvimento... são incidentes crônicos, aquelas que continuam a tomar medicamentos são incidentes crônicos. E o professor está a dizer em relação à pergunta, se os estudantes de Medicina e Psiquiatria têm acesso aos estudos que falam disso, falam do impacto da medicação psiquiátrica em nós, os pacientes. Ele diz que não. Os estudantes não têm acesso a esta literatura justamente porque os livros que tratam da medicação psiquiátrica e da saúde mental em geral, são escritos justamente por psiquiatras, pesquisadores que são psiquiatras, psiquiatras daqueles que favorecem a indústria da medicação, a indústria farmacêutica, que tem os seus interesses

corporativistas, quer favorecer os seus e que não são assim tão imparciais, não dão mais foco a literatura que dá a entender que existe de fato diferença estatística, positiva em relação ao uso da medicação. Eles não dão foco na outra literatura que mostra o contrário. Portanto, os estudantes de Medicina e de Psiquiatria, Saúde Mental em geral, são por assim dizer, enganados, esta literatura é escondida, ocultada deles.

ROBERT WHITAKER

Como vocês podem ver nos textos, os estados pioraram nas últimas décadas. Mas os textos não falam que a culpa é da droga. Sempre há outra explicação para esse problema. Mas por exemplo, temos estudos Davi. Eles estão dizendo que há 70% recuperada, mas não estão dizendo o resultado de verdade. Vocês entenderam? Acabamos de ... nas cartilhas, nos livros.

TRADUÇÃO DO MIGUEL PINHEIRO

Então, o professor está dizendo que há inclusive informações que não procedem nos textos, na literatura. Falam por exemplo de 70% de recuperação, de 70% de melhoras, mas esta informação não procede. Inclusive, nestes estudos não demonstram que ao final de um ano apenas 3%, 3% estavam bem, destes que usavam medicação.

PAULO AMARANTE

Bem, eu quero, pela nossa gestão de tempo aqui também, pelas nossas circunstâncias, uma vez mais agradecer ao Robert. Dizer aí sobre essa última pergunta das Faculdades de Medicina, da produção psiquiátrica oficial, lembrar do livro dele que eu falei antes, “Psiquiatria sob influência e corrupção institucional”, esse livro não está

traduzido, mas tem um capítulo dele no livro “Desmedicar”, se alguém quiser adquirir nós estamos aí com uma pequena banca de geração de renda, que é um processo que a gente faz aí nos eventos de venda de produtos para também uma forma de geração de renda para os participantes. Além disso tem o livro “Anatomia de uma epidemia”, que saiu recentemente uma outra edição, muita gente estava procurando. A maior parte de vocês já deve ter mas de qualquer modo vale lembrar que o autor está aqui e é uma forma também de pegar uma dedicatória. Estamos também lançando o livro do Marcos Ferraz. É a primeira vez que está sendo apresentado. Está aqui, o autor está ali, o livro está ali fora. E agradecer mais uma vez ali a todo mundo pela compreensão, essa mudança que nós estamos fazendo devido às circunstâncias, mas está dando certo. Dizer que a minha pressão baixou inclusive, eu estava antes de vir para a mesa medindo a pressão. Agradecer ao pessoal aí do CES que me atendeu, e todo este trabalho. As meninas aí da tradução em libras, às vezes a gente fica perguntando os nomes para agradecer, aos tradutores, e ao Bruno e ao Fábio o apoio. A toda equipe da ENSP, a Marcinha que não sai do lado aqui, é muito importante. Então quero dizer, nós vamos ter duas horas de almoço. Quero perguntar a vocês o seguinte. Nossa programação era ir até às 17 horas. Devido também ao clima do território, se a gente puder puxar para mais baixo, então nós estamos acabando meio-dia. Daria para gente voltar, o pessoal que está em casa assistindo, 13:30. Não sei se o pessoal da tradução a gente pode fechar este acordo, para tentar diminuir também... aqui a região, toda situação assim de aumento da violência, a gente prefere sair mais cedo por causa do trânsito, do deslocamento para casa. A gente faria às 13:30 horas. Quero dizer que aqui na ENSP temos um restaurante logo ali na esquerda, que é um agroecológico, restaurante agroecológico, comida muito boa, nós vamos almoçar lá, fiz uma reserva para não precisar deslocar. Mas para quem prefere um churrasco ou uma outra opção mais hard, uma opção tradicional, tem lá o restaurante da ASFOC que é depois do Castelo, e tem também o Bio-Manguinhos que é ali onde está o Hospital de Covid. A gente pode orientar aí, alguém..., mas aqui também. Então daria para a gente voltar às 13:30 horas para agilizarmos a nossa agenda, ok? Então, mais uma vez muito obrigado Miguel pela participação, o Enzo, toda equipe aí que está nos ajudando. Obrigado a vocês e até daqui a pouquinho. Às 13:30 horas. Obrigado, Bob.

PALESTRA

“O que são evidências no uso de antidepressivos na gravidez”

PAULO AMARANTE

Então, mais uma vez obrigado, estou sabendo aí pelo pessoal do apoio da internet, que nós estamos com cerca de 400 pessoas assistindo o seminário pelo youtube, tá bom? Então vamos começar agora a nossa programação da tarde. Eu mais uma vez estou substituindo a professora Ana Paula, Ana Paula Guljor... um pouquinho aqui na minha programação... na Mesa Redonda “O que são evidências no uso dos antidepressivos nas ECTs?”. Nós temos para esta mesa dois convidados. Um é o Marcos Ferraz, professor Marcos Ferraz lá da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, por favor Marcos compor a mesa...E professor Adam Urato, da Universidade de Boston. As apresentações podem ser feitas por eles mesmos, mas, depois... Por favor. Nosso convidado aí de Boston. Bom, eu estou aqui só substituindo...

Eu vou aproveitar para fazer a divulgação das camisetas que nós estamos aqui fazendo, foi produção do LAPS. Essa aqui se chama, está escrito... deixa eu ver exatamente “É necessário mudar o mundo e não que tenhamos uma medicação para suportá-lo”. Essa é uma das frases, “É necessário mudar o mundo e não que nos dê uma medicação para suportá-lo”. E a outra é “A vida não cabe no diagnóstico”. Duas camisetas que estão representando... então, parabéns aí a turma do LAPS que pensou, bolou a camiseta, que produziu. Então eu vou passar imediatamente para o Marcos primeiro, Marcos Ferraz, nosso parceiro, está lançando o livro que eu falei, aqui nesse evento, e depois para o Adam. Então, muito obrigado Marcos. Em torno de 20 minutos para ele. Ele vai colocar lá, o Bruno, pode soltar a primeira apresentação do Marcos.

MARCOS FERRAZ

Olá, boa tarde a todos, todas e todes. Eu sou o Marcos, sou um homem branco, estou vestindo uma camisa rosa, tenho cabelo castanho, sou alto, mas estou sentado então não aparece muito e sou professor do Instituto de Biologia Roberto Alcântara Gomes, da UERJ, da farmacologia. E trabalho com psicofármacos. E sou psicólogo formado pela UERJ e nós temos um grupo de pesquisa que discute desmedicalização, despatologização. Então eu trouxe pra conversar um pouquinho este tema “Psicofarmacologia e medicina baseada em evidências”, mas pensando um pouquinho... Ah sim, deixei os contatos aqui. O que seriam as evidências no uso de fármacos antidepressivos na gestante, na gravidez. E aí para começar a conversa, acho que bem dentro da linha do que nós discutimos na parte da manhã no seminário, o casamento da psiquiatria com as neurociências e o marco a gente pode dizer foi o DSM-III, em 1980, quando a psiquiatria se divorcia da psicanálise e começa a se aproximar das neurociências. o DSM-III é a base seguinte do III, IV, V e dez anos depois o Presidente George Bush, o pai, inaugura a década do cérebro. Então mais ou menos o edit gabes da época, seja no início dos anos 1980 até os anos 1990, começa então um grande investimento em pesquisa na área da neurociência, na área da neuroquímica, me parece que na neuroimagem, estudos de neurotransmissores e assim por diante.

E claro que a psiquiatria vai beber dessa água, vai aproveitar desse momento para desenvolver enquanto ciência médica. E aí uma crítica do Peter Gotzsche fala que muito se investiu nessa pesquisa, mas pouco se investiu para entender outros fenômenos associados ao sofrimento humano. A pobreza, os fatores psicossociais de modo geral. Então ela já começa com uma crítica a esse modelo biomédico de doença. E então, mais ou menos nessa época, surge o conceito de MBE, a medicina baseada em evidências. E aí o que seria isso? Então, vamos contrapor o modelo científico, biomédico, de conhecimento, conhecimento de vida mas basicamente conhecimento individual de a figura de... se propõe então que a medicina passe a estudar a literatura e que a prescrição, a escolha, a conduta, a prescrição, o diagnóstico sejam consciente, nítido e criterioso, levando em conta o que tem sido publicado na literatura. Então, a melhor evidência para que as tomadas de decisão sejam assim as mais adequadas possíveis. Então, quais seriam

os objetivos da medicina baseada em evidências? Otimizar o atendimento clínico através de educar os médicos na compreensão do uso da literatura, incluindo as revisões sistemáticas, meta-análise... Uma crítica ao dogmatismo médico tradicional que era baseado na autoridade do médico, na tradição do médico. E de uma certa forma uma revolução epistemológica, então, a prática médica agora tem que ser ancorada em dados empíricos no que tem de ser publicado. E se propõe uma hierarquia para qualificar estas discussões. Então eu teria aqui no mais baixo da hierarquia, na base, opinião de especialista, dados de casos, os casos isolados e em seguida quando você tem vários casos publicados então tem um nível de evidência maior um pouquinho. Quanto mais estudos controlados e revisões sistemáticas desses estudos, as análises desses estudos... Em seguida os estudos randomizados, controlados, duplo cego de preferência. E, por fim, as meta-análises, as revisões sistemáticas desses estudos randomizados. Então, na teoria segundo essa pirâmide, teve um alto nível de evidências nesses estudos de meta-análise e teoricamente o menor viés. Então essa é a proposta da medicina baseada em evidências que vai, de modo geral, sacudir a medicina como um todo. Esse autor Denada ele vai propor o seguinte: além da melhor evidência possível, para a gente falar em medicina baseada em evidências, vamos levar em conta também a evidência clínica, claro, do médico, e que tal os valores das preferências dos pacientes em relação a conduta. Então de certa forma têm uma revolução epistemológica no sentido de otimizar os cuidados de saúde. Bom, mas é claro que uma coisa é teoria, outra coisa é prática. E mesmo a boa teoria começa a aparecer, começa a suscitar problemas.

Então o primeiro problema, a gente pode destacar, começa com o reducionismo biomédico. O que é isso? Uma coisa são os estudos populacionais que a gente faz. Outra coisa é pegar a dimensão do sujeito, a dimensão da... os seus aspectos emocionais com sua realidade, com seu contexto, enfim. Esse seria o primeiro problema. O segundo, quando a gente fala em hierarquia das evidências a gente também pode questionar esta hierarquia porque muitas vezes quando a gente compara, quando pega estudos de meta-análise, a gente pode estar comparando estudos de tamanho amostral diferente, com desenhos de estudos diferentes, com metodologias também diferentes. Então, será que é possível fazer estas comparações de modo tão racional? Outra coisa que o Robert colocou

muito bem na parte da manhã, uma coisa é evidência significativa estatística. Então eu faço um estudo, faço um ensaio, comparo um grupo com outro, enquanto o meu P é menor que 0,05. Olha...que maravilha... Estudante, para quem está querendo publicar artigos é fantástico. O melhor M foi P menor do que 0,001. Ótimo! Mas até que ponto esta significativa estatística reflete numa significância ou relevância clínica? Então é outra questão que a medicina baseada em evidências vai ter que lidar. Outra coisa é que o viés nem sempre é tão baixo assim, porque o que a gente vai ver na medicina, da medicina de um modo geral, evidências conflitantes. E um detalhe que enviesa bastante. Os estudos positivos são muito mais publicados do que os estudos negativos. Se a gente desenvolve experimento e o resultado não foi positivo, é difícil a gente publicar. Então o que aparece na literatura foi aquilo que deu positivo. E, por fim, essa medicina baseada em evidências pode deslegitimar as narrativas dos sujeitos que recebem o nome de pacientes. E a gente pode pensar, teria-se um micro fascismo deslegitimar o que o outro está dizendo? Bom, mas com todos esses problemas, é claro que a medicina baseada em evidências trouxe alguns avanços importantes. E aqui eu estou brincando com o viés da confirmação, que é uma outra questão que a gente vai observar na publicação científica. Uma coisa é o que dizem os fatos, outra coisa é o que confirma as nossas crenças. Que muitas vezes a gente vai publicar, vai valorizar ou supervalorizar, quando se casa.

Quando os fatos confirmam o que a gente acredita e não o contrário. E aí tem o adendo que muitas vezes o que se publica está de acordo com os interesses de quem financia a pesquisa. Bom, mas, repito, apesar desses problemas a gente pode falar que houve avanços em relação a... com a medicina baseada em evidências. Agora, quando a gente fala em psiquiatria baseada em evidências, aí o problema é um pouquinho mais grave. Aqui é um relato do Emmanuel Stip, ele vai colocar o seguinte: os psiquiatras devem duvidar e permanecer críticos. E vai levantar esta questão: de militar a favor da questão de resultados negativos. Porque o que a gente vê é exatamente o oposto. E ele vai terminar este texto dizendo: eu costumava ser indeciso, mas agora eu nem tenho tanta certeza. Na verdade, o que eu quero dizer é que na psiquiatria faltam as evidências. E a gente tem discutido isso bastante aqui nesse seminário. Então, primeiro porque a gente não tem um marcador biológico validado. Como é que a gente vai fazer o diagnóstico ou

prognóstico, por exemplo, da depressão? Nós vamos utilizar estes casos, a escala de Hamilton, Becket... E a gente sabe o grau de subjetividade que há na análise dessas escalas. Eu ia trazer aqui, mas acabei não trazendo, mas tem um filme bastante interessante, acho que cinema é fundamental na vida da gente, que é o “Augustine” que conta a história de Charcot e como ele induzia os seus sintomas de histeria nas pacientes pelo contato. Eu não estou falando de fraude não, estou falando simplesmente desses contatos do observador, do pesquisador com as pessoas que estão sendo avaliadas. Então, nós já temos um problema que nós vamos ter, com bastante treinamento, vamos formar bem nossos profissionais de saúde, vamos formar bem nossos psiquiatras, nossos psicólogos, de modo a minimizar esse grau de subjetividade. Ainda assim tem um outro problema que é essa complexidade neuropatogênica, do que a gente chama de transtorno mental. Então, o que é o transtorno mental? Até que ponto aquele sofrimento, aquela dor podem ser traduzidos em um diagnóstico de transtorno? E outra coisa é que o Kirsch no discurso, está fixado aqui algumas vezes, quando analisa os efeitos antidepressivos, a gente vê diferenças clinicamente relevantes em relação ao placebo. E praticamente a gente não vê diferença em relação a outras terapias, a psicoterapia e a outras terapias alternativas. Então, na prática a gente não vê diferença.

Mas ao mesmo tempo, porque o que a gente vê nestes últimos anos é uma proliferação de fármacos, de antidepressivos. E aqui eu quero fazer uma comparação, pegando um pouquinho outra área da Medicina, vou falar aqui da cardiologia, vamos ver o seguinte. Hoje, como avanço científico, nós temos muitos medicamentos para tratar a hipertensão. E a gente pode fazer várias combinações e tal. E aí, certamente, é possível dizer que houve uma melhora no prognóstico da hipertensão. Como também eu posso dizer que hoje alguns anticoagulantes orais causam menos sangramento que os antigos. Então, o aumento da disponibilidade de fármacos certamente trouxe alguns benefícios. Agora mesmo o cardiologista tradicional, ele sabe que remédio nenhum vai tratar a hipertensão se a gente não mudar o estilo de vida, se a gente não controlar fatores sociais que vão levar ao aumento da pressão. Eu estou falando de cardiologia. Quando a gente fala em psiquiatria vamos falar de fármacos psico, antidepressivos, olhem o tamanho do nosso arsenal. Aqui eu trouxe 18 seletivos da captação de serotonina, que são

basicamente medicamentos de primeira linha, quando o psiquiatra suspeita que está faltando noradrenalina no córtex pré-frontal, o paciente está um pouco apático, com anedonia, aí ele propõe substituir a fluoxetina pela desvenlafaxina que também vai bloquear a captação de noradrenalina. Ou ainda, eu coloquei aqui, os fármacos, os primeiros fármacos tricíclicos, desdama! E nós temos ainda algumas características desses fármacos. Primeiro, todos eles levam certo tempo para fazer efeito, em torno de doze semanas para a gente observar o efeito. Pelo menos doze semanas para ter alguma resposta. E o que que nós chamamos de resposta em psiquiatria? Quando há uma melhora em pelo menos 50% dos sintomas. Então, pelo menos aí doze semanas. E foi discutido aqui na apresentação do Robert, isso eu falo como professor há trinta anos: o antidepressivo aumenta o risco de suicídio. Pelo menos no início do tratamento. Nós temos aqui os novos, os novíssimos fármacos antidepressivos porque, enfim, cada dia aparece um, e aqui eu coloquei em amarelo e azul, novíssimos.

E se a gente... bom, a mediação inicial molecular é um pouco [...], algum aumento da serotonina com pouca captação ou por outros mecanismos que eu vou explicar daqui a pouquinho... mas basicamente vem um fármaco novo ou novíssimo é clinicamente superior para os fármacos antigos. E nenhum deles é superior a psicoterapia. E aí volto a questão então de porque os fármacos antidepressivos são das drogas mais prescritas? Mas eu quero resgatar uma história que acontece aqui no Brasil em 1972, no II Congresso Brasileiro de Psiquiatria e na I Reunião Luso-Brasileira de Psiquiatria, que ocorreu em Belo Horizonte, em que o Dr. Roland Kuhn me apresenta para a psiquiatria brasileira um antidepressivo psíquico ali para mim. E olha a fala. Ele vai dizer que “a imipramina é um coadjuvante para o tratamento psicoterápico da depressão”. E ele continua, “uma alavanca a estimular e contribuir para uma melhor terapêutica de pacientes depressivos imobilizados pela depressão”. Vou repetir: “coadjuvante”. 1972. Nesse terceiro milênio, o antidepressivo virou a solução, virou o tratamento. De Souza vai argumentar ainda esse relato, ele vai dizer o seguinte: “Então, eu devo assinalar que a descoberta do efeito antidepressivo da imipramina, em suas origens, esteve implicitamente associada ao seu emprego como coadjuvante na psicoterapia”. Mas

porque será que o antidepressivo ganhou este status de solução para a depressão? O que que eu estou falando de solução para depressão?

Nós vimos na apresentação da manhã que o antidepressivo tem, de um modo geral, os psicofármacos, tem algum efeito no curto prazo. Em longo prazo a gente vai ter que... esse feito, o efeito clínico é menor e os efeitos adversos são maiores. Mas o antidepressivo veio da tal teoria monoaminérgica da depressão, então, que é a base, que justifica o uso destas substâncias. Então, curioso que esta teoria começa com essa plantinha, a reserpina, dela se extrai esta substância, a reserpina que em ratos ela produz o quadro de depressão. Olha que curioso, a gente está vendo aqui a transmissão da serotonina e da noradrenalina, vocês estão vendo aqui onde entra a reserpina, ela vai inibir uma molécula chamada VMAT, que é o transportador veicular de noradrenalina. É este transportador que armazena a serotonina, em verde, e a noradrenalina, em azul, na vesícula sináptica. Bom, só para lembrar, é preciso que os neurotransmissores estejam na vesícula para quando o neurônio for estimulado esse neurotransmissor seja liberado por exocitose, caia na fenda sináptica e produza sua ligação e os seus efeitos. No que diz respeito a níveis de armazenamento, esses neurotransmissores são destruídos por enzimas localizadas no citoplasma da célula, em geral a mal, gerando ... afetar o órgão esperado e a fonte. Pois então, o animal tratado com reserpina sofre uma depressão dos estoques de monoamina, serotonina e noradrenalina. E aí fica deprimido. O curioso é que a reserpina é utilizada para tratar hipertensão. E aí eu não sei se o animal ficou deprimido ou se ele ficou hipotenso, com baixa de pressão o animal também tem uma redução da atividade motora. Parece que está tudo num saco de gatos, o efeito depressivo, a hipotensão, na verdade, saco de ratos, experiências em ratos, é claro, enfim.

Mas com base nisso, reparem só, isso vai justificar o efeito de drogas que vão aumentar a serotonina, bloqueando aquele transportador, aliás como eu expliquei, eu falei, só voltar um pouquinho, essa serotonina localiza, liberada nas células sinápticas, ela é recaptada de volta para as células da sinapse por um transportador, aí a gente tem que lembrar da aula do segundo grau, o transporte ativo e o transporte passivo, ao transportador que faz o transporte ativo e coloca a serotonina de volta no neurônio. Pois bem, os ISRS, fluoxetina, seflanina, escitalopram, e o citalopram, paroxetina, os

tricíclicos bloqueiam este transporte. Então eu vou ter um aumento da serotonina naquela sinapse pois induz os AMAO, portanto, isso também aumenta a serotonina. E drogas como os tricíclicos, estes de nova geração que eu falei, também aumentam a transmissão da noradrenalina por diversos mecanismos que a gente pode observar aqui. E no final eu tenho um excesso de serotonina e um excesso de noradrenalina naquela sinapse. Isso, segundo a psiquiatria médica, vai melhorar o humor, vai melhorar, vai tratar a depressão. Bom, esse aqui é um estudo da Moncrieff mostrando, fazendo uma série de meta-análise, mostrando que não tem evidência clínica que sustente a teoria monoaminérgica porque se houvesse uma redução de serotonina no cérebro de alguém que tem depressão, a gente deveria ver sinais bioquímicos no sangue, na urina, enfim. E os estudos de neuroimagens, estudos que se apresentam para justificar essa teoria são inconsistentes. Então ela propõe, e o grupo propuseram vamos esquecer, aliás ela foi muito polida sugerindo que é hora de reconhecer que a teoria não é empiricamente fundamentada, para não falar que é falsa a teoria. Bom, isso posto, vamos falar um pouquinho do assunto da nossa mesa redonda que é o risco do uso destas drogas no período gestacional.

E aí eu queria lembrar para vocês que farmacologia sempre, quero dizer, a escolha da medicação sempre vai ter que levar em conta o balanço aí: benefício do fármaco e o risco que o fármaco provoca. Porque fármaco significa remédio e veneno, a mesma palavra, os gregos... têm os dois significados. Então a gente sabe que qualquer substância que pode ser usada para tratar, também pode ser usada para matar. E a questão é: será o quão é seguro usar antidepressivos e outros psicofármacos em gestantes? Então para gente entender isso eu preciso falar primeiro o que é o uso de gestantes, porque gestação não é uma coisa só. Vamos pensar nas duas primeiras semanas de gestação e o risco seria tudo ou nada, ou seja, o embrião é perdido ou a droga pode provocar a morte do embrião, ou não é afetado, depois a fase organogênese até mais ou menos a oitava semana, até a décima sexta semana algum problema também, e que há o risco da droga atravessar a placenta, interagir com moléculas do *concept* do embrião e provocar alteração na formação de órgãos, que é o que nós chamamos de teratogênese.

E depois na décima sétima a trigésima oitava semana é possível que a droga também provoque alterações funcionais, alteração do crescimento... E nós temos ainda,

nós temos o desenvolvimento embrionário humano, do embrião até o feto, nós temos aqui também um período crítico do sistema nervoso central que é o segundo trimestre gestacional. Há estudos que sugerem que alterações no segundo trimestre gestacional poderiam estar associadas a danos permanentes no cérebro. Então há quem relacione a psicose, embora os dados sejam controversos, há quem relacione também a transtornos do espectro autista, ao transtorno de hiperatividade e déficit de atenção, isso precisa ser discutido também com carinho. Então está aqui um resumo que se acredita, com base em algumas evidências, de risco durante o desenvolvimento fetal, até de fatores e o risco aumentado de alteração do espectro autista, esquizofrenia, depressão e assim por diante. Bom, mas toda droga provoca estes riscos, além das drogas outros fatores? Então a gente estratifica o risco na gravidez, essa aqui é uma classificação antiga do DSM, mas em a, b, c ... x. O que seria risco alto? Primeiro, poderíamos perguntar qual a droga que não traz riscos para a gravidez? E a resposta é nenhuma.

Então a gente vai trabalhar com baixo risco. Então o ideal é que a droga tenha risco “a”. Porque os riscos controlados em gestantes nós não vimos nenhum risco para o embrião nem para o feto. Agora, quem é que vai fazer estudo controlado em gestante? Aí tem uma questão ética complexa. O cinema me ensinou, assistindo “O Jardineiro Fiel”, que parece que algumas pessoas foram testadas no Terceiro Mundo, mas isso é uma coisa, uma questão... é outra questão. Mas o fato é que algumas drogas são consideradas risco “a”. Posso estar aqui fora da psiquiatria, altamente dopada, usada em gestante para controle arterial. É risco “a”. Risco “b”, os estudos em animais não mostraram risco. Então a gente testou na ratinha grávida, na camundonga grávida, às vezes até em primatas, mas não tem estudos em humanos.

Então, o fato de não ter causado nenhum problema para a ratinha não significa que esteja totalmente seguro em humanos. Mas já é alguma coisa. Então, o ideal é que a gente tenha as drogas em risco “b”. Risco “c”, nós vimos que a ratinha teve problemas. Bom, mas a ratinha não é humana. Então o fato de ter problema na ratinha não significa que vai ter problema em humano, mas eu prefiro usar uma droga do risco “c”. Risco “d” é quando a gente tem evidência de risco fetal. A droga provoca algum... mas farmacologia é risco-benefício. Então, se o benefício for superior ao risco, aí o médico

pode optar por fazer essa droga. E risco “x” é quando não tem jeito. A droga é totalmente contraindicada em gestação, o risco supera qualquer benefício. Então, usando esta tabelinha, a gente pode analisar o que diz a literatura a respeito dos antidepressivos. o que que a gente está vendo? Eu coloquei em primeiro lugar os tricíclicos, são aquelas drogas, as primeiras drogas, imipramina que eu contei a história, risco “c” ou risco “d”. Vamos falar dos inibidores seletivos de recaptção de serotonina, o que diz a literatura? citalopram, risco “b”. mas a bula diz que tem poucos estudos clínicos disponíveis. Ou seja, é um risco “b” forçando uma barra. O citalopram, me disseram risco “b” mas está escrito do lado, tóxico em animais. Ora, cara pálida, se é tóxico em animais me desculpe, é risco “c”. Fluoxetina, sertralina, fluvoxamina, risco “c”. Paroxetina estes pesquisadores, o Williams e o Woollorton, propõem que o risco é “d”. Tranilcipromina, risco “d”. Bupropiona, idem. Venlafaxina, desvenlafaxina, os dois são recaptção de serotonina e nora, e reboxetina que faz a recaptção apenas da noradrenalina, risco “c”. Vou lembrar o que é o risco “c”. Não tem estudo em humanos e deu complicações em animais de laboratório. Trazodona e mirtazapina, risco “c” também. Mesma coisa com os antidepressivos vilazodona e vortioxetina, todos eles estão nessa faixa de risco “c”. Então, é preciso que o benefício seja realmente bastante importante para que eu proponha prescrever para a gestante um fármaco de risco “c”.

Então a gente está acreditando que o antidepressivo é fundamental no controle da depressão ou transtorno compulsivo, ou dos transtornos de ansiedade. E aí a gente esbarra num problema, o Robert apresentou muito bem na parte da manhã, que é quando a gente vai analisar o que tem na literatura de evidência de ganho com esse tricíclico, a gente fica decepcionado porque, estou comparando de um lado benefício, do outro lado a tolerância, ou seja, quanto o paciente, quanto a pessoa chamada paciente suporta de efeitos adversos, e aí às vezes as drogas são historicamente mais eficazes são aquelas que causam maior número de efeitos adversos, enfim. Mas se a gente comparar esses resultados com placebo a gente vai ver pouca diferença de casos. Então, certamente é estatisticamente significativa, certamente há diferença, mas a relevância clínica é questionada. Outra questão, falei, foi levantado aqui, que é... todos os estudos que eu analisei e pretendo estudar mais ainda, a gente viu estudos feitos no máximo em 18 semanas, oito a 18

semanas. Então, se eu tenho algum dado, alguma evidência que a medicação funciona, que é seguro, ela não pode ser usada mais do que isso. Outra coisa a pouca consistência quando a gente analisa estes resultados que eu estou apresentando rapidamente aqui, o estudo vai dizer que a antipirina é a droga mais potente, mais eficaz, outro vai dizer que é a fluoxetina, outro vai dizer que é a vortioxetina... Na verdade há uma certa incoerência nesses estudos.

O número de pessoas que participa é pequeno numa população que usa muito grande outra coisa, paciente com comorbidade, o Robert falou muito bem, é excluída. Paciente com ideação suicida também é excluído. E também o alto risco de viés, o que a gente viu nos ensaios, 522 ensaios, 82% foram classificados como risco moderado a alto de viés, e aí a gente fala: será que dá para confiar nesse resultado? Essa seleção de paciente randômica, será que é confiável? É possível confiar nos resultados? Eu trouxe aqui uma coisa para discutir mas eu vou pular por causa da hora, porque este artigo da Moncrieff tem sido assim criticada por alguns autores, o Lap tem discutido isso criticando a conclusão da Moncrieff dizendo que os dados que ela apresentou, não dá para dizer que a hipótese monoaminérgica está errada mas o curioso é que o artigo fala uma coisa interessante, que eu marquei aqui: esta hipótese não deve ser vista como a causa direta da depressão, a serotonina não deve ser vista como a causa direta da depressão. É isso que a gente está dizendo, é isso quando a gente refuta a hipótese serotonina, é isso que a gente está dizendo.

A falha na serotonina não deve ser vista como a causa direta da depressão e aí outros fatores devem ser ligados aí a depressão, inclusive os fatores sociais que os autores não levantam. Um outro autor vai discutir a mesma coisa e aí ele vai concluir que a teoria da serotonina pode ser definitivamente continuar a ser crítica para os relevantes, como aspecto parcial, era isso que eu queria saber, parcial, só que parece ser mais parcial do que ele gostaria de admitir. E num outro artigo ele vai dizer o seguinte: a questão... essa questão da Moncrieff pode ter consequências negativas importantes na aderência ao tratamento, ou seja, a questão é o paciente precisa aderir ao tratamento com antidepressivo. O resto parece que não é tão importante assim. Este artigo eu tentei baixar, não consegui ler, mas a quantidade de indústria farmacêutica que financia ele só

aumentou a minha curiosidade de ler. O nível de viés, assim, é absurdo. Bom, mas eu fiz estas ponderações que eu queria porque esta discussão parece uma cortina de fumaça para a questão principal para o que a gente está levantando aqui. O que a gente entende por evidência clínica? Que a medicação pode funcionar em algumas pessoas em curto prazo, mas que também em algumas pessoas em curto, médio, sobretudo longo prazo, ela vai, o medicamento vai produzir o que a gente chama de iatrogenia. E eu gosto de usar esta palavra porque parece uma palavra proibida na literatura.

A gente está falando de uma doença provocada pelo tratamento médico. Então, mania e aqui eu estou falando de estudos de mania, eu trouxe aqui a data, um estudo do século passado não há nenhuma novidade, a gente já começou a disfunção social pós antidepressivo, não apenas afetado por serotonina, como iatrogenia. E, finalmente, a síndrome da descontinuação de antidepressivos, que é um eufemismo para dependência de antidepressivos. E aí eu vou falar um pouquinho com mais carinho da dependência de antidepressivos. Aqui o autor descreve a tal síndrome da descontinuação, ela faz uma colocação interessante, olha só: muitos pacientes interrompem abruptamente seus medicamentos antidepressivos precocemente sem o conhecimento do médico. Não preciso ler o resto. Na verdade, a responsabilidade, a culpa são do paciente por desenvolver a síndrome de abstinência. E quando a gente fala em dependência de antidepressivos, eu escuto alguns colegas falarem assim: mas antidepressivos não causam dependência, isso não é verdade. Porque é uma confusão grande adição e dependência. Eu estou mostrando aqui para vocês o esquema de um circuito de adição. Que tem um circuito que o neurônio representado aqui que libera dopamina em algumas regiões alvo [...], córtex pré-frontal e outros, e que faz parte de um circuito de recompensa. Então, está bem estabelecido na literatura que drogas que aumentam a liberação de dopamina no circuito como cocaína, nicotina... ou fatores que aumentam a liberação de dopamina como uso abusivo de redes sociais levam a um quadro de adição. Mas quando eu falo em dependência, não estou falando de adição.

Estou falando de um outro fenômeno que começa com a adaptação da célula a agressão que é o fármaco. Agressão no sentido, não no sentido pejorativo, mas no sentido de que é um corpo estranho, é algo estranho que está ativando a célula. De modo geral,

droga não provoca nenhum efeito mágico, tudo que a droga faz é ligar ou desligar um circuito, um sistema no nosso corpo que começa com uma célula. Então, a droga vai aumentar a serotonina, vai ter mais serotonina ativando o receptor e essa ativação do receptor é algo supernormal, não é algo natural.

Então o que que a célula faz para nos ajudar? Ela diminui o número de receptores. Ou o contrário, quando você usa um antipsicótico que bloqueia o receptor, uma vez que você usa uma droga, mantenha excessivamente uma dose que mantenha o receptor bloqueado, o que que a célula faz? Ela aumenta o número de receptores. A gente chama esse fenômeno como sub-regulação *ou down regulation* e super-regulação *ou up regulation*. De uma certa forma vão reduzir o efeito da droga. Isso é a base da tolerância farmacêutica. Você tem que aumentar a dose da droga para ter o efeito. Por outro lado, quando eu suspendo a droga, como os receptores estão modificados, a serotonina endógena não consegue produzir o seu efeito. A ausência da ação da serotonina endógena, ou da dopamina endógena que seja, é que vai produzir o que a gente chama de síndrome de abstinência. Então, está aqui. Estou inibindo o SERT, aumentei a serotonina na célula, que que a célula vai fazer? Ela vai reduzir a recepção de serotonina, ela vai aumentar os transportadores de serotonina e agora não tem mais serotonina ligando o receptor e isso vai provocar a síndrome de abstinência já bem descrita na literatura. Tem até um acróstico bonitinho FINISH, são sintomas semelhantes a gripe, insônia, a náusea, desequilíbrio, alterações sensoriais, dormência, anestesia, hiper excitação com ansiedade, acatisia e eu coloco um “d” a mais ali no final, não ficou tão bonitinho como estava antes, mas parece que é mais real. Muitas vezes o sujeito vai ter depressão provocada por antidepressivos. Depressão enquanto iatrogenia. Depressão provocada pelo uso da medicação e, como foi colocado na parte da manhã, esta depressão é mais refratária à medicação. E ela se torna crônica. Alguns fatores são associados a dependência e, só para encurtar para deixar a fala do Adam, não é fácil recuperar o funcionamento do sistema. E aqui só para mostrar estes dados, eu já mostrei os dados aqui uma vez, mas vou mostrar de novo porque eu preciso desconstruir essa noção de que o paciente é responsável por abandonar o tratamento, sofrer as consequências do abandono do tratamento. Aqui só para a gente olhar aqui, este é um estudo molecular feito mostrando que, por exemplo,

citalopram quando se faz a dose de 60 miligramas ele vai bloquear o transportador de serotonina, ele bloqueia quase 90% dos receptores. Então, 60 miligramas de citalopram eu só tenho 20% de transportador colocando serotonina de volta para dentro. Claro, aumentou bastante a serotonina nessa sinapse. Se eu reduzo a dose em $\frac{1}{3}$, para 4 miligramas eu ainda tenho 80% de transportador bloqueado. A variação foi muito pequena. Ainda assim o paciente sente a abstinência, é como se fosse um luto. Mas vamos lá, ele tolerou essa redução, vamos reduzir mais $\frac{1}{3}$, vamos reduzir para 20 miligramas por dia e olha só eu ainda tenho 80% de transportador bloqueado. E aí então de 20, 10, aí o médico chega a 5 miligramas, o paciente tomava 60 está em 5 miligramas.

Se eu olho este esquema aqui, eu ainda tenho 60% dos transportadores bloqueados. Portanto tem muita serotonina em âmbito. Aí o médico acha que 5 miligramas para zero está legal. Era 60 foi para 5, 5 eu posso tirar. Então, voltando a uma das perguntas feitas pelo pessoal da internet em relação a esse conhecimento, é um conhecimento que a gente precisa levar para as escolas de Medicina. Fazer a retirada da medicação é... requer um aprendizado porque não é simples. Não é fácil a gente entender quimicamente a menos que a gente lembre que a função é exponencial. A função de ligação, de ocupação de receptores é uma função exponencial e não uma função linear. Então a retirada vai ter que ser muito parcimoniosa, sobretudo nas doses mais baixas. Mas é isso que eu queria trazer para vocês... mas essa para fechar então, volto a questão da gestante. Nós temos evidências e eficácia clínicas de modo a sustentar que o benefício é superior ao risco na gestante? Há evidências graves no uso dos antidepressivos? Aí eu posso adiantar para vocês: há. Há evidências de iatrogenia? Também posso adiantar, também há. E é a pergunta que eu faço para a comunidade toda. Por que razão os antidepressivos continuam sendo os psicofármacos mais prescritos? É isso que eu queria trazer para vocês. Obrigado.

PAULO AMARANTE

Muito obrigado, Marcos. Mais uma vez, a sua contribuição é fundamental aqui. E, bem, eu quero passar para o Adam Urato, agradecer mais uma vez o convívio, o

deslocamento em cima da hora, neste momento tão difícil. O Adam é um especialista nesta discussão da medicação, trabalha com o grupo materno-fetal, da Universidade de Boston, ele vai poder apresentar melhor o seu próprio trabalho. E as suas pesquisas e seus trabalhos são muito considerados. Foi uma indicação muito importante que nós tivemos e agradecer muito mais por você ter aceitado o convite. Então, Adam vai falar em português, já trabalhou na Fiocruz, eu não ia falar isso mas vou antecipar, trabalhou na Fiocruz da Bahia, então ele fala baiano já de tanto que aprendeu, já está aqui. Então, com você a palavra.

ADAM URATO

Muito obrigado. Eu vou falar em português, desculpem os meus erros. Meu nome é Adam Urato. Sou médico da Medicina Materno-Fetal... dos Estados Unidos. Muito obrigado por me convidar a falar. O título de minha palestra é “Quais são os discursos públicos que estão sendo avisados?”. Faço medicina há 30 anos, isso é um milagre. Agradecer por isso e um milagre eu também estou trabalhando por 30 anos. Eu acredito na compaixão pelo saber. Meu foco não é sobre vergonha ou estigmatização da pílula por fazer as mulheres se sentirem culpadas ou doentes mentais com medicamentos. Meu foco, acredito, é que o cuidado adequado requer informações. Depressão ou angústia, sofrimento humano é uma coisa horrível. Esta figura mostra as taxas crescentes de mortes por álcool, drogas e suicídios nos Estados Unidos. Estas são mortes de desespero, estão subindo nos Estados Unidos. O Brasil também tem estes problemas, estas questões. Estes números são de estudos do “The Lancet”, de 2024, que demonstra taxas crescentes no Brasil e automutilação no Brasil. Portanto, acredito que o sofrimento humano não deve ser ignorado, os pacientes precisam de cuidados compassivos mas parte do cuidado compassivo é fornecer informações precisas. As informações precisas incluem discussão sobre os riscos da medicação. Discutir os riscos da medicação não é ignorar a depressão. É essencial para o consentimento informado. Sobre o tema dos anti-depressivos e da gravidez há duas questões separadas. Número um é quais os efeitos químicos que os ISRS têm na mãe, no bebê e na gravidez. É disso que trata esta palestra. Número dois,

como os pacientes específicos devem ser tratados. Esta é a próxima palestra amanhã. A primeira questão é uma questão científica. A questão dois envolve a arte da Medicina. Antes de falarmos sobre os riscos, quero mencionar os benefícios dos antidepressivos. Mas como o Robert falou esta manhã é bem real que os benefícios nos estudos são mínimos. Muitos pacientes dizem que se sentem melhor e há um grande efeito de placebo para uso a longo prazo, não temos voluntários. Parece que os pacientes têm resultados piores a longo prazo. Mas eu reconheço que o cérebro de cada pessoa é diferente. O maior benefício que vejo na gravidez é escutar a si mesmo. Os pacientes que permanecem com antidepressivos não apresentam sintomas de abstinência. Muitos deles me perguntam, os antidepressivos são seguros na gravidez? Mas não gosto de usar a palavra “seguro” com medicamentos. Tem muitos inexatos. Não acho que a droga, o medicamento tem que ser rotulado como seguros ou inseguros. É como o álcool: o álcool é seguro? Sim, talvez. O álcool é inseguro? Sim, vou dizer.

Então, para mim a chave não é seguro versus, contra inseguro. A chave é o aconselhamento sobre riscos, benefícios e alternativas. Com os antidepressivos na gravidez há uma pauta geral sobre a consciência dos riscos. Todos os dias em meu escritório ouço pacientes dizerem que foram informados de que os antidepressivos são seguros e que não afetam o bebê. Muitas sociedades médicas profissionais dizem a mesma coisa. Mas isso não é a verdade. Para entender os riscos devemos lembrar algo muito importante: medicamentos são produtos químicos e produtos químicos têm consequências no corpo. Os medicamentos não são como laranjas crescendo em árvores. Os medicamentos são sintéticos e vem de fábricas de produtos químicos. Os trabalhadores, como vocês veem, os trabalhadores estão usando equipamentos de proteção porque estão trabalhando com produtos químicos. E estes produtos químicos têm consequência para a mãe e o bebê. Para entender os riscos dos antidepressivos na gravidez acho melhor seguir uma abordagem passo a passo. Você não pode simplesmente pular os estudos em humanos porque ficará confuso.

Portanto, minha abordagem passo a passo é: número 1, senso comum; número 2, ciência básica; número 3, estudos em animais; e número 4, finalmente, estudos em seres humanos. Senso comum, bom senso, durante a gravidez e desenvolvimento do bebê e

especialmente do cérebro fetal, eu creio que a serotonina desempenha um papel crucial no desenvolvimento fetal. E sabemos que os antidepressivos perturbam o sistema da serotonina. Portanto, a conclusão é que se a serotonina que tem um papel crucial no desenvolvimento fetal e que ela faz, e os antidepressivos perturbam o sistema da serotonina, o que elas fazem, então os antidepressivos devem alterar o desenvolvimento fetal. E é isso que as evidências científicas mostram. Agora passamos para o segundo ponto do argumento, a ciência básica. Sabemos pela ciência básica que a serotonina afeta as células, principalmente os neurônios, esta figura é uma figura de um experimento de Zhong, de 2020, eles usaram seroetina neste experimento. E você pode ver aqui nas seroetinas... nada, 20, 60, não temos, as células neurônios são diferentes. Ele mostra que à medida que um neurônio está exposto a doses mais altas de antidepressivos, 20, 40, 60 afetam os neurônios.

Você pode ver aqui que há menos ramos neurônios. Os neurônios, a célula básica deste cérebro, é afetada pelos antidepressivos. Em seguida passamos para os estudos com animais. Muitos estudos com animais sobre os antidepressivos na gravidez. Eles usaram peixes-zebra, sapos, ratos, camundongos, coelhos, ratazanas de pradaria e ovelhas. Muitos animais estudados. E eles, os estudos mostraram complicações como infertilidade, menor tamanho da ninhada, morte materna, morte de filhote, menor peso ao nascer, defeitos congênitos e efeitos a longo prazo. Mudaram o comportamento social e o comportamento sexual. Aqui está um estudo de 2025. Você pode ver que à medida que a dose de antidepressivos aumenta, as complicações aumentam, menor tamanho de ninhada, menor placenta, menor, menores tamanhos do cérebro. O cérebro aqui ele é menor, o que tem mais medicamentos. Aqui está um estudo de 2026. Eu sei que ainda estamos em 2025, mas o estudo foi divulgado antes. Prado-Rivera e seu grupo mostraram uma taxa de mortalidade de 25% das mães tratadas, 12% dos filhotes morreram no grupo da fluoxetina contra nenhum do grupo controle. Outros estudos mostraram taxas aumentadas de comportamentos semelhantes aos autistas, comportamento sexual alterado.

Mesmo antes de olharmos para estudos em seres humanos o que vemos no senso comum, na ciência básica e nos estudos com animais é que os antidepressivos afetarão a

gravidez alterando o desenvolvimento fetal, especialmente o desenvolvimento do cérebro fetal. E o que vemos nos estudos em humanos? Vemos exatamente o que esperaríamos ver: aumento de taxa de aborto espontâneo, defeitos congênitos, parto prematuro, baixo peso ao nascer, pré-eclâmpsia, hemorragia pós-parto, má adaptação neonatal, hipotensão pulmonal persistente do regime fibra de efeitos ao longo prazo. Você pode ter ouvido falar de algum dos resultados produzidos por um ano são mistos. Isso está correto até certo ponto.

Os estudos em seres humanos são desafiadores. A classificação hipotética de 10% de satisfação, existem resultados inexatos. Por exemplo, autismo. Autismo não deu resultado exato. Mas vemos que praticamente 5% dos estudos mostram resultados piores do grupo ISRS. Vou mostrar as evidências. Muitos estudos mostraram a associação entre o uso de antidepressivos e aborto espontâneo. Aqui está uma meta-análise de 2024, de seu crescimento, na revista BMJ Open. Neste lado, o aumento do risco... este lado aqui... o aumento de risco de aborto espontâneo e o outro lado você vê todas as barras indo nesta direção, mais risco de aborto espontâneo. O grupo superior aqui e qualquer um antidepressivo contra nenhum. O grupo do meio ISRS contra nenhum do grupo anterior, contra nenhum. Lembra-se que os ISRS desempenham um papel crucial no desenvolvimento inicial da gravidez e no desenvolvimento inicial do embrião. Um papel crucial. Então, drogas que possuem um sistema de serotonina, como os antidepressivos, vão causar o aborto espontâneo. E eles também vão causar defeitos congênitos. Com o uso de antidepressivos vão ver o aumento de defeitos cardíacos.

Vemos também aumento de craniossinostose, defeitos de tubo neural, defeitos de parede abdominal e outros defeitos congênitos, como fissura labiopalatina, problemas nos músculos estéticos... desculpe a minha pronúncia, também com a pressão... hérnia diafragmática, a hipospádia e testículos que não desceram. Aqui está um estudo de 2020, do CDC, analisando defeitos congênitos. Em todos os lugares que você vê “bow”, eu não sei a palavra para “*bow*” em português... **negrito**... obrigado. Quando vemos mais **negrito** isso é mais aumento nos defeitos congênitos. E vemos taxas aumentadas em basicamente todos os antidepressivos, mas especialmente com paroxetina, fluoxetina e venlafaxina. A venlafaxina especialmente mostra muitos defeitos congênitos neste

estudo. Aqui está a continuação do slide e novamente vemos que a venlafaxina... está aqui, imediatamente aqui ... parece especialmente de alto risco para defeitos congênitos. O parto prematuro é definido como o parto antes de 37 semanas de gestação e é uma das principais causas da morbidade e mortalidade. Crianças nascidas prematuras têm problemas de saúde, de curto e longo prazo.

Aqui está um artigo de 2014, de Krista Haybrechts, também eu estou aqui também ao final, mostramos o aumento de nascimento de prematuros em praticamente todos os estudos. Eu acho que nós estudamos aqui 113 estudos e sempre, quase todos mostram, vocês podem ver aqui, todos aqui mostrando aumento de risco. Baixo peso ao nascer, ao nascer é definido como um peso ao nascer inferior a 2.500 gramas. Esta meta-análise analisa a ZHAO, em 2018, mostrando risco de baixo peso ao nascer com o uso de antidepressivos ISRS durante a gravidez. Pré-eclâmpsia é uma doença relacionada a gravidez caracterizada por pressão alta, elevada e proteinúria. É uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna. E eu só quero salientar aqui que este é um problema para a mãe e o bebê. A mãe tem pré-eclâmpsia. Às vezes as pessoas dizem que os conflitos com os antidepressivos na gravidez são bons para mãe contra, versus o que é bom para o bebê.

Mas isso não é, especialmente com uma enfermidade assim. Pré-eclâmpsia é um exemplo claro de risco para a mãe e também para o bebê, se resulta em um parto prematuro, por exemplo. Em vários estudos as taxas de pré-eclâmpsia aumentam com o uso de antidepressivos na gravidez. E isso faz sentido. Acredito que a pré-eclâmpsia seja um problema com a placenta e o sistema de serotonina é crucial para o desenvolvimento e função da placenta. A hemorragia pós-parto é outro exemplo do risco para a mãe. As mulheres podem morrer e morrem de hemorragia pós-parto e uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna é a hemorragia pós-parto. Você pode ver neste slide, a hemorragia é a principal causa direta de morte materna e a número dois é a hipotensão, a pré-eclâmpsia. E ambas estão associadas ao uso de antidepressivos. Isso é importante porque como eu estava dizendo, muitas pessoas dizem que é a mãe contra o bebê com esse assunto de antidepressivos, mas não é isso. Os antidepressivos também têm problemas severos para as mães, para a pré-eclâmpsia e a hemorragia. Uma razão para o

aumento do risco da hemorragia, provavelmente, um profundo impacto dos antidepressivos ISRS tem nas plaquetas. As plaquetas são o componente do sangue que desempenham um papel crucial na coagulação do sangue. As plaquetas funcionam absorvendo a serotonina, mas os antidepressivos ISRS bloqueiam essa absorção e não é pouco. Há uma absorção de mais de 10 vezes, estudos dizem 14 vezes, na serotonina plaquetária em pacientes que tomam esse ISRS, mais de 10 vezes. E isso é muito importante. As mães sangram mais pós-parto, mas também pessoas não grávidas têm operações, várias cirurgias, tem mais sangramento quando elas estão tomando ISRS.

Quando um bebê sai, ele apresenta sintomas. Isso é chamado de má adaptação neonatal, síndrome de abstinência neonatal. E essa síndrome inclui coisas como dificuldade respiratória, apneia, convulsões, instabilidade da temperatura como hipotermia, dificuldade de alimentação, vômitos, hipoglicemia, hipotonia e hipertonia, tremores, nervosismo, choro constante, muitas coisas. E estes não são apenas problemas menores. Esses bebês também apresentam taxas mais altas de problemas pulmonares e internação na NIC, em inglês, em português... UTI Neonatal. Obrigado. UTI Neonatal. As síndromes podem durar semanas e os bebês que apresentam estas complicações durante o período neonatal ou de ter risco de problema a longo prazo. Uma das perguntas mais comuns que meus pacientes fazem, quais são os efeitos a longo prazo no bebê? Novamente, é difícil explicar, mas até agora as evidências da pesquisa mostraram que a exposição pré-natal aos ISRS está associada a dificuldade de fala e linguagem, problemas comportamentais, depressão, ansiedade, autismo, TDAH e constipação. Também frequentemente sou questionado sobre questões sexuais.

Os estudos em animais mostraram isso, mas isso que eu saiba não foi estudado em humanos. A questão de saber se a exposição pré-natal aos ISRSs levará durante a identidade de gênero e a sexualidade é uma questão em aberto no momento. Em resumo, aqui estão os riscos, muitos riscos durante a gravidez. O problema é que as mulheres grávidas e o público não estão sendo avisados sobre isso. O rótulo atual remete apenas a hemorragia pós-parto, problemas de recém-nascidos e HPPN. Apenas estas três coisas, só isso. Não há avisos para as outras coisas. Para resolver isso, um dia a petição de um cidadão no FDA, pedia ao FDA que colocasse um aviso na caixa sobre os ISRS em

relação a complicações na gravidez e desenvolvimento do cérebro fetal. Você pode enviar um comentário ao FDA para apoiar esta petição, se você quiser pode acessar a minha página no Twitter que está, basta clicar aqui para deixar um comentário e provavelmente o FDA perguntará por que estamos recebendo tantos comentários do Brasil sobre isso. Muito obrigado por me convidar aqui e por sua atenção. Obrigado.

PAULO AMARANTE

Obrigado, Adam. E, acatando a minha provocação, ele botou uma foto do elevador Lacerda, em Salvador.

ADAM URATO

Eu fui lá em 1982 por três meses e depois eu agora estou em minha clínica, eu falo com pacientes brasileiros, provavelmente 50% dos pacientes que eu vejo são brasileiros. Eu estou falando mais sobre brasileiros. Isso é muito mais um dicionário.

PAULO AMARANTE

Muito obrigado. Eu pedi socorro ao pessoal da equipe porque eu estou acompanhando pelo youtube os debates aqui mas estou com a bateria pedindo socorro aqui. Já pedi para alguém buscar o meu celular lá, o meu carregador para dar uma carga, tem algumas perguntas importantes assim críticas importantes do risco na gravidez... Mas vamos primeiro abrir aqui enquanto isso. Vamos botar aqui para carregar um pouco, aqui pelo menos para dar uma carga e já podemos abrir aí... cadê o Enzo. Já está aí o Enzo, está nos ajudando no apoio, o microfone, então aquela mesma orientação, que se apresente.

HOLMES MARTINS

Meu nome é Holmes, eu sou psiquiatra, queria agradecer a fala do Professor Marcos e do Professor Urato, eu queria falar rapidamente sobre epigenética. Sabemos que epigenética, porque epigenética, você falou da relação, tomou medicação, as pessoas afetadas por aquele medicamento serão pessoas que manifestaram alteração. Quando a gente fala de epigenética a gente está falando que gerações na frente sofrerão aquela dependência, sofrerá alguma coisa.

Por exemplo, metilfenidato ele altera espermátides em peixes, mas pode até dizer assim “ah, mas peixe não é humano”. Tá, tá bom, vamos ficar por aqui. Várias medicações elas são, sendo estudadas, tentando fazer um parêntese com epigenética. Existe um impacto muito grande, porque aí a gente sabe que é um problema que aí a gente consegue dialogar com a ecologia, com o meio ambiente, com o conceito de corpo-território. Isso numa forma longitudinal. Minha pergunta é essa se você chegou a algum estudo que traz essa análise numa perspectiva epigenética.

ADAM URATO

Isso é uma coisa muito importante e a realidade é que não sabemos exatamente o que está passando e sempre digo que essas coisas são químicas que está afetando os homens, espero, as mulheres, está afetando a mãe, também o bebê e, possivelmente, o bebê em uma coisa epigenética. Sabemos isso, por exemplo, com DES, esse medicamento, pensamos que tem efeito na mãe e no bebê. E também os cigarros também pensamos que tem estes efeitos epigenéticos. Eu penso que nós temos que ter mais humildade porque não sabemos todos os efeitos dos químicos. Mas é uma boa pergunta. Não sabemos. Eu penso que ainda estamos estudando isso nos animais, mas não em seres humanos. Mas algumas coisas nos seres humanos sabemos.

Por exemplo, que o ISRS afeta o esperma. Sabemos isto. Muitos estudos, bastante, paroxetina, sertralina, que os medicamentos afetam o esperma. E podemos

descobrir citalopram, outro ISRS no óvulo da mãe, ele... eu acho que claro que vai causar algum problema químico.

PARTICIPANTE NATASHA

Boa tarde, eu me chamo Natasha, sou psicóloga e eu tenho observado na prática clínica, no consultório, muitas pacientes que fazem uso de medicação, utilizam antidepressivos e aí não planejam a gravidez e se vêem grávidas, usando a medicação. Alguns médicos psiquiatras pedem para que a paciente vá retirando gradativamente a medicação. Só que aqui no Brasil ainda não temos uma cultura da retirada hiperbólica. Então é aquela retirada um pouco mais brusca, vamos assim dizer. E algumas mantêm, preferem manter o uso. O que seria pior entre continuar usando a medicação ou entrar em abstinência? Porque não existe uma cultura da retirada hiperbólica da medicação. E aí existe uma grande dificuldade, inclusive, os laboratórios não fazem a dosagem. A pessoa tem que mandar manipular ou tem... ainda não existem recursos satisfatórios aqui para lidar com uma retirada bem minuciosa. O que seria pior neste caso? Infelizmente eu tenho que fazer esta pergunta. Eu gostaria de fazer outra pergunta, mas diante do que nós temos de evidência assim na prática.

PARTICIPANTE ROBERTO

Boa tarde! Meu nome é Roberto, sou médico de família e comunidade aqui na minha comunidade muitas vezes somos nós que conseguimos ter recursos acessíveis a boa parte das pessoas que procuram cuidado em saúde mental e até por isso a gente está tendo curso de especialização em saúde mental a partir da medicina de família, e não apenas pela psiquiatria. E aí, desse lugar que eu falo hoje, fiz minha residência aqui no Rio de Janeiro, em comunidades, na Rocinha, Rio das Pedras, e agora atuo também numa região da zona norte do Rio de Janeiro. Atuo no CAPS infantil, e em um outro serviço de saúde mental, que é o deambulatório, em Rocha Miranda, enfim, todas regiões marcadas por alta vulnerabilização social. aí, assim, eu vim para a medicina de família querendo

atuar na saúde mental e minha relação era que a psiquiatria não sabe o que as pessoas sofrem e eu quero descobrir o que elas sofrem. Na medicina de família eu chego um pouco mais perto. Acho que não muito. E eu acho que a minha pergunta vai um pouco nesse sentido, partindo da pergunta do Marcos. Porque as pessoas, por que os psicofármacos são tão prescritos diante dessas evidências? E eu quando fui para a prática um dos desafios que eu achava era exatamente esse: eu preciso saber muito bem os protocolos. E vou costurar um pouco com a pergunta da manhã que fala, será que o problema não é falta de qualificação? Será que é muita gente não psiquiatra prescrevendo? Prescrevendo por fora do protocolo? E eu chegava, eu preciso saber muito bem, preciso saber de doenças mentais, dos psicofármacos, para só indicar nos casos certos. Eu descobri que o desafio não era este. A maioria das pessoas já se diagnosticou e se prescreveu. Elas compraram... é muito fácil comprar psicofármacos aqui no Rio de Janeiro. A maioria das pessoas eu não preciso prescrever. Elas já chegaram autodiagnosticadas, auto prescritas e chegam lá usando psicofármacos. Então é um desafio... Dr. Google... então, esse já não é mais o desafio central.

O desafio central já é outro, as pessoas já chegam... aí eu pergunto: de onde que veio este diagnóstico? A partir desta autoprescrição. E aí também, pergunta vai... vou tentar chegar na pergunta agora, que me parece, então, e eu queria perguntar para vocês se vocês veem algo parecido, então as evidências de certa forma que são produzidas, não dialogam com a nossa prática. Se a gente pega lá, a gente pega a população, vê se se aplica a nossa população, intervenção e desfecho... então eu vou falar do desfecho. Primeiro, a gente consegue medir os desfechos parecidos com os que foram produzidos nas evidências químicas neste nosso cenário de práticas, a partir de profissionais qualificados, com consultas, a partir de protocolos, de escalas, a partir de uma população que mal consegue chegar aos serviços, que não sai de casa porque está em guerra, não consegue chegar ali no protocolo de intervenção, de avaliação.

Pergunto também sobre a própria intervenção. A gente consegue informar riscos, benefícios, os efeitos, efeitos adversos, num cenário de saúde que a gente mal tem 10, 15 minutos para conversar com as pessoas, uma agenda de consultas assim muito rápidas. E, por último, voltando lá para a população. A nossa população é a população destes

estudos, é uma população que tem acesso... ah, vou fazer psicoterapia e usar psicofármacos, ah vou fazer atividade física ou não, ou uma população que mal consegue sair de casa por causa da violência em seu território, porque não tem uma praça, uma opção de lazer. Fico me perguntando se a nossa população, e aí pensando na produção de evidências científicas, se a gente conseguiria informar a nossa população, nossa população conseguiria decidir a partir das evidências, algum dia a gente conseguiria. Porque é isso. A gente está falando em produzir ciência, em produzir desfecho-intervenção, eu me pergunto se a nossa população está participando da decisão do “ah o que eu quero é realmente suprimir estes sintomas ou tentar entender de onde eles vieram? Quais são as intervenções? Eu quero de fato intervenção que me devolva uma funcionalidade? Porque é isso que está lá, o prejuízo da funcionalidade. Mas que funcionalidade é essa? É acordar cedo, quatro horas da manhã, trabalhar e dá dinheiro ao patrão. É isso que a nossa população quer?” E, por último, população... eu acho que é o que mais me aflige. A gente fala da população, a gente faz estudo randomizado para eliminar os vieses, para universalizar aquela população. Que paradigma de sociedade é esse que precisa universalizar o que é o ser humano? A nossa população quer ser universalizada? Ou isso é um paradigma que vem da sociedade colonial, da branquitude? É essa a minha pergunta.

PARTICIPANTE JOANA

Eu sou a Joana, eu sou médica psiquiatra, aluna da casa, trabalho no SUS também, atuo no SUS. A minha pergunta, eu queria para você Adam falar um pouquinho sobre a questão da lactação, porque acabou que com a sua experiência, considerando que o puerpério é um período também delicado, assim, e como a questão da lactação, se você pudesse falar um pouquinho da sua experiência até com relação aos psicofármacos, os movimentos que você observa.

MARCOS FERRAZ

Então. Roberto, excelente questão. Na verdade, a gente vai tratar depressão, várias outras condições de sofrimento humano quando a gente conseguir minimamente mudar este sistema de produção de subjetivação, claro. A gente sente que está secando gelo porque, exatamente o que você falou, o que a gente imagina, como a gente vai acabar com o sofrimento com essa violência do Estado, violência legitimada do Estado. Aplaudida por setores de classe média branca como se fosse um sucesso esse genocídio, enfim, isso é complicado. Mas é o que a gente tem para hoje, tentar minimizar este sofrimento. Agora, a questão é: vamos pensar o que a gente pode planejar em termos de futuro.

É preciso que a pessoa tenha autonomia, é preciso que a pessoa tenha acesso a esse conhecimento. No mundo ideal o sujeito do diagnóstico, o sujeito do sofrimento seria informado, olha esta medicação vale desse sintoma, ela em curto prazo vai diminuir essa sua percepção dessa carga de estresse que está provocando sofrimento e vai ajudar a elaborar como você vai lidar com esse sofrimento. Claro que é difícil nas condições que a gente tem hoje, mas acho que é o que a gente vem tentando fazer nessa luta antimanicomial porque, como a gente tem colocado, não basta tirar o sujeito do manicômio e colocar um manicômio químico na cabeça dele. É o que a gente vai ver e é o que o paciente procura, é porque talvez ele não veja outra solução. A gente tem que ser muito criativo para pensar em um mundo sem sistema capitalista.

Parece que não tem solução, mas claro que tem, se a gente parar para pensar, se a gente tiver o apoio das pessoas, do coletivo, a gente pode pensar soluções criativas. Enquanto isso a gente vai ter que ficar se esforçando mesmo com essa dificuldade, com essa frustração, saber que a gente está chegando com o paciente que já é subjetivizado para escolher a medicação, ele quer o remédio. Saber que a gente está formando, ajudando as pessoas a se enquadrar, produzir para o sistema capitalista, mas é um desafio muito grande. E a gente vai ter que lidar com essa frustração e com essa incerteza. Com essa dificuldade de certeza mesmo, do que que a gente está fazendo, a gente está ajudando mesmo. Mas o desafio é isso. Em primeiro lugar manter esta questão, isso que

você colocou. A gente não pode esquecer desse detalhe, o que que a gente está fazendo, o que que a gente está propondo. E eu vejo isso que talvez se as pessoas soubessem os efeitos dos fármacos, talvez elas possam pelo menos optar mais conscientemente. ‘Eu quero tomar este remédio?’. ‘Olha, este remédio pode fazer com que meu filho tenha problemas ao nascer’. ‘Este remédio pode diminuir a qualidade do meu esperma’. ‘Esse remédio pode me provocar disfunção sexual, não é isso que eu quero’. Talvez seja um caminho.

ADAM URATO

Respondendo a pergunta sobre se o risco é mais parando os medicamentos do que continuando. Não existe uma resposta única que serve para todos. Cada mãe tem que decidir, isso é muito difícil. Quando eu aconselho mães antes de engravidar, provavelmente 50% decide parar, mas outros 50% continuam. Durante a gravidez eu vejo muitas mães com doze semanas ou vinte semanas o exame farmacológico de depressão, a grande maioria continua com os medicamentos pensando que é melhor continuar que sofrer de trauma. Isso é diferente em cada pessoa e muito difícil saber por que, eu estava falando com Pablo sobre isso, algumas pessoas têm de trauma muito mal e é muito difícil, é muito importante baixar o mínimo hiperbólico, isso é muito importante. Mas muitas mães param quando elas sabem que estão grávidas e muitos dias tudo vai bem. É estranho porque nós dizemos, nós sabemos que o trauma bem forte em muitas pessoas o cérebro está acostumado ao medicamento, mas muitas mães, provavelmente mais ou menos 50% das mães param quando descobrem a gravidez. E muitos dias delas tudo bem. Depende da mãe. Eu digo os riscos, todos os riscos.

Eu explico isso. E o benefício principal é evitar estes sintomas, alternativas, outras alternativas ... exercícios, psicoterapia, tudo. Mas cada mãe tem que decidir. E quando a mãe decide eu apoio, eu apoio minhas pacientes se elas querem continuar com o medicamento ou não. Outra pergunta sobre amamentando. Se isso, muito menos da medicina, muito menos entra no cérebro humano, mas algum entra. E cada mãe e bebê são diferentes. Porque algumas mães concentram os medicamentos mais do que outras no

seio. E alguns bebês concentram mais medicamentos. Então, a grande maioria dos bebês quando a mãe está tomando o ISRS, a grande maioria dos bebês parecem bem. Mas não sabemos os efeitos das doses mínimas. Não sabemos. Estamos agora aprendendo que doses mínimas também podem ter efeitos nos adultos e por isso cremos... com o mínimo de medicamentos. Então, é o mínimo de medicamento que entra no bebê quando a mãe está alimentando, mas não sabemos exatamente o que passa.

Mas para algumas mães e bebês não é mínimo, por alguma razão, não sabemos exatamente por que, mas há alguns artigos científicos quando a mãe está amamentando então, usando sertralina, o bebê estava com problemas, não sei se eu falei em outra... convulsões. Eles pegaram o sangue do bebê e descobriram que o bebê estava com um nível muito alto do outro medicamento. Nessa situação, provavelmente, em uma mãe com o próprio corpo dela, a fisiologia, que concentra o medicamento no seio dela e o bebê que não pode *breakdown* medicamento, por isso tem um nível muito alto de convulsões. Também o consentimento é igual. A mãe tem que balancear o risco dos problemas mãe-bebê e evitar o trauma ou outros riscos que o medicamento tem.

PAULO AMARANTE

Obrigado. Eu vou fazer alguns comentários aqui do Youtube, nós estamos com 300 pessoas assistindo e é legal que elas tenham um retorno do evento. Não estou lendo tudo, impossível, é muita coisa, muito comentário, é sempre assim, alguns debates entre eles mesmos, fica bem para brigar um pouco, conversar um pouco e se conhecer. Mas bem, primeiro muitos dessa linha do que um pouco o Roberto falou da... e que outras pessoas falaram, da importância de que as pessoas sejam informadas sobre os medicamentos. Sentem falta dos profissionais, os médicos orientem, conversem. Como ele falou, temos cinco minutos de consulta, 10 minutos, a pessoa sai com a receita e com o diagnóstico que ela já trouxe. Então, até para o médico problematizar este diagnóstico, ela construiu isso, se foi com o google ou com o vizinho, com a professora, com um parente, é muito difícil. Então isso implicaria em criar um vínculo, criar uma relação e poder ser escutado enquanto está orientando. As pessoas chegam muitas vezes com

receita querendo só confirmar o diagnóstico que ela se deu, recebeu nas redes, amanhã a Luciana Almeida vai falar sobre isso também. A outra coisa é a informação para os próprios médicos que muitos reclamam. É até bom sempre, lembram do Bob falando, o Robert, a quantidade de médicos que nós temos aqui. Nós estamos em muito momento crítico, mas sempre é legal a gente demarcar isso, além dos outros profissionais, claro, mas pouco são os debates no Brasil sobre medicalização, com esse teor crítico que vem médicos, muitos médicos, podemos fazer um levantamento aqui, pelo conhecimento meu sei que temos muitos médicos aqui, neuro psiquiatras, médicos de família. Isso é muito importante porque são pessoas que estão incorporando essa leitura crítica e aquela questão que você falou aqui, saber, eu sei pouco, lembrei de Sócrates, “só sei que nada sei”. Você falou uma frase, ‘eu achava que eu tinha dúvida hoje eu tenho... hoje eu sei que não sei’, alguma coisa assim. Então, a gente saber também que não sabe é muito importante. Incorporar o limite, a falta de conhecimento, essa pergunta aí que você fez. Tem muitos comentários assim. E agora tem aqui algumas que eu achei até que vocês deveriam saber e um comenta assim: “Considerar os estudos em ratos e dizer que não é seguro em humanos não é grande nível de evidências. É um grande equívoco. Seria assim como dizer que o uso de ivermectina matou vírus em ratos”. Então, eu não sei se vocês querem comentar. Uma outra observação diz: “Ligação não quer dizer causalidade. 20% das gravidezes terminam em aborto e isso é normal”. Pegar esse dado, acho que está fazendo a relação principalmente com o Adam traz entre o uso de antidepressivos e psicofármacos em geral prejudicando a gravidez. Mas a maior parte é concordando com a necessidade de que tanto os usuários, pacientes, médicos tenham mais informações sobre o uso de medicamentos, mais sobre estratégias, Natasha resolveu como desmedicar. Tem hoje uma forte linha dizendo de des-diagnóstico, a ideia como o médico trabalhar a retirada do diagnóstico, as pessoas incorporam o diagnóstico, ‘eu sou bipolar’, ‘eu sou psicótico’. Isso interfere na sua identidade social. Como des-diagnosticar, desmedicar, desmedicalizar. Um pouco estas questões. Eu queria falar da ivermectina aí. Pessoal está falando que é muito importante o debate. E um pouco isso aí, as pessoas concordando com essa discussão, que a crítica, a crítica científica, epistemológica, a uma certa forma de fazer ciência, não é sinônimo de negacionismo. A questão contra a vacina. Isso aqui é

um debate que pode ser contra, mas existe uma diferença entre crítica epistemológica e crítica científica de uma boa ciência para um negacionismo. Então não são a mesma coisa. Muitas vezes esse movimento crítico da psiquiatria é acusado pela psiquiatria, pelo establishment psiquiátrico de ser um movimento negacionista. Só para... então, está aí a... quem quiser...

MARCOS FERRAZ

Em relação aos estudos em animais, claro que nós temos diferenças entre nós mesmos, o próprio Adam coloca aí, algumas mulheres que concentram mais os fármacos, outras menos. Algumas eliminam mais, outras menos. Nós somos diferentes, isso é verdade. Claro que nós somos mais diferentes de outros primais, mais diferentes de outros mamíferos. Mas também somos, temos alguma coisa em comum. Então, claro que o nível de evidência é baixo, por isso que a gente classifica em “a”, “b”, “c”, “d”. Isso aparece como parâmetro, não como verdade absoluta, ‘olha, esse fármaco aqui não vai te fazer mal porque ele não fez mal para o ratinho’ ou ‘este fármaco vai te fazer mal porque ele fez mal para o ratinho’. Não é esse nível. Mas a gente está trabalhando com probabilidade, então o ideal é se um fármaco fez, num ensaio experimental produziu algum efeito, eu já fico um pouco mais cauteloso. E assim é a ciência. A gente vai montando os quebra-cabeças e na prática a gente vai descobrindo se a medicação faz mal ou não é na prática quando ela começa a ser usada na população. Daí a importância dessa combinação pesquisa, clínica, que esses dados sejam analisados, sejam publicados, que a gente vai aprendendo, assim a gente vai formando conhecimento.

Mas entendendo, vou repetir, como somos diferentes algumas reações são totalmente imprevisíveis mesmo. Então não é isento de risco, mas o estudo dá uma noção para a gente do que pode ser feito ou não, entendendo que não é uma verdade absoluta. Em relação a causalidade, sim, é fato. Muitas vezes a gente confunde a correlação. Agora, quando a gente vê uma correlação, a primeira coisa que a gente tem que fazer é investigar se há causalidade ou não. Não é simplesmente só uma correlação, mas vamos entender, será que é só uma coincidência? As pessoas que estão fazendo uso da

medicação eu estou percebendo um aumento do número de aborto. E aí o primeiro passo é investigar. E aí é a questão do não negacionismo científico. Não descartar a hipótese. A gente tá trabalhando com hipótese, vamos investigar e a partir do momento que a gente tem informações razoáveis, a população precisa ser informada. Sem alarmismo, enfim, sem irresponsabilidade, mas jogar estas informações para as pessoas poderem escolher o que elas querem fazer. E aí, essa é uma questão da pergunta anterior, da grávida, da gravidez, a mulher se descobre grávida tomando a medicação, eu acho realmente que é muito individual porque a resposta a medicação é também individual. A gente fala em retirada, algumas pessoas toleram melhor e outras não toleram a retirada. E acho que entender isso é fundamental e começa na escuta, começa na escuta do sujeito do sofrimento. Entender o que ele está sofrendo e não partir, muitas vezes a gente escuta pessoas reclamando, 'poxa, eu disse para o médico que estava sentindo e ele disse que eu não estava sentindo'. Como assim? Não estava no livro, eu não estou sentindo. Então, a atenção a essa escuta para ouvir a voz do sujeito do sofrimento antes de fazer qualquer interpretação que possa justificar aquele fenômeno. Era só isso mesmo.

ADAM URATO

Esta questão é muito importante, ratos são diferentes dos humanos. Isso sabemos. Mas por isso quando eu apresento os riscos, apresento com ciência básica, os estudos dos animais, os estudos dos humanos, porque temos que ir passo a passo para compreender. E a diferença é que eu acho que não devemos assumir ou presumir segurança com os medicamentos em gravidez. Não é que nós devemos assumir segurança e as outras pessoas têm que estabelecer cento por cento estão com risco. Isso não deve ser. Devemos presumir riscos e queremos mostrar segurança. Importante na formação embriológica do bebê, é muito importante nas primeiras oito, dez semanas, o funcionamento da serotonina. Os medicamentos ISRS afetam a serotonina. Então, pensando nisso, pensamos que quase seguro vai causar problemas. Sabendo isso, movemos os estudos dos animais, os estudos dos animais mostram isso, a mesma coisa, que a taxa do aborto espontâneo é mais alta nos animais. Depois disso movemos os estudos aos seres humanos

e os estudos nos humanos mostram taxas elevadas de abortos espontâneos em humanos. O que passa, eu vou falar mais sobre isso amanhã, mas o que passa é que quase tudo, quase 100% de todos os estudos, os *papers* mostram em seres humanos mais viés no grupo tomando os antidepressivos. Mas alguns depois de corrigir eles podem baixar a diferença, mas sempre checando todos os dados, todas as informações. Vemos estudos, depois de estudos, depois de estudos, o risco mais alto no grupo tomando os antidepressivos. E isso é parte de, pensando ciência básica, estudos nos animais, depois estudos nos seres humanos. Estou me explicando bem?

PAULO AMARANTE

Muito bem. Muito bem demais. Eu não sabia que eu entendia muito bem baiano. Alguma pergunta mais, algum comentário?

HOLMES MARTINS

Eu tenho um viés na minha formação porque eu fiz pediatria e cardiologia no Instituto Nacional de Cardiologia. E lá eu trabalhava na cardiologia congênita. E é óbvio e evidente que a cardiologia congênita no hospital que é referência de todo o Brasil, havia gente inclusive de outros países, então a casuística lá era da ordem do impressionante. E a gente vai formando uma impressão intuitiva, então hoje chega, eu falei isso para chegar, para encurtar e chegar nesse ponto, se chega... há muito tempo, se chega uma gestante para mim e ela reúne simultaneamente duas informações para mim que está grávida e usando um antidepressivo, um benzodiazepínico, eu indico, o médico não sugere ele indica, se vai seguir ou não é outra coisa. Sugerir amigo faz, conhecido faz, a pessoa vai no médico para ter uma indicação. Eu indico a suspensão, interrupção imediata da medicação. E o que que você vai fazer? Aí, no paciente, eu estava com uma paciente que foi para Paris e tomava cinco a seis remédios e esqueceu no balcão, ligou para mim desesperada, ‘e aí, agora o que que eu faço?’

Eu ia falar. Deixei o telefone à disposição e ela ficou os dias... há anos tentava tirar a medicação e não conseguia. Ela foi realizar algo muito próximo do desejo dela que era ir a Paris a vida toda, e foi muito bem. Aí eu chamei de anomalia de Paris, eu busco respeitar uma retirada por hiperbólica, mas e aí? Se acontece alguma coisa de extraordinário o que que eu faço? Então, nessa situação é, intuitivamente antes de sair o resultado, eu falei assim, 'isso dá problema cardíaco'. A maior casuística, o Hospital de Cardiologia de Laranjeiras tinha o maior número de atendimentos nos hospitais do Ministério. A cardiologia pediátrica dentro do Hospital de Laranjeiras, eu era residente, então trabalhava muito, via muita gente e via muita tragédia biológica, vamos chamar assim. Então eu suspendo. E o que você faz? Eu me coloco à disposição. É um atendimento de crise, eu vou acompanhar, vai entrar em contato comigo quando for necessário. E eu tenho zero caso de teratogenia. Eu não sei se eu tivesse feito diferente teria dado teratogenia, alguma criança abortada, não sei. Mas essa é a minha conduta e dá conta. Tem que tirar hiperbólica sim, todavia há situações extremas que algo acontece para além do biológico, do programado, que a pessoa consegue dar conta do insuportável se ela pelo menos sabe que não está sozinha e tem alguém com quem contar.

Então, para evitar um risco de teratogenia eu suspendo. E outra coisa, também nesse sentido, é que na década de 1950, se não me engano, no Japão, teve uma intoxicação por mercúrio na Bacia de Minamata. Em alguns anos atrás eu li um estudo que uma mulher que estava com mercúrio lá em cima, engravidou. Caiu a taxa de mercúrio dela e ela teve a criança. Teve quatro gravidez e a taxa de mercúrio ia caindo concentrando na criança. A criança precisa de nutriente para se formar. Então, há uma tendência que nela a gente encontre mais substâncias do que outras. É só estudar que a gente vai ver. Então, mercúrio, estas crianças que nasceram limpavam, entre aspas, do organismo da mãe o mercúrio. E o mesmo acontece com vários medicamentos. Então não dá para ser ingênuo, não dá para ser ingênuo e achar que tudo vai estar bem. Não! Eu acho que a gente tem, eu fiz isso porque há uma implicação profissional nisso. Se eu não fizesse nada ela ia deixar... e eu, vamos dizer assim, nesse lugar de fala do médico dissesse, 'não, está tudo bem', ela ia falar que está tudo bem e aí ia ficar como uma

fatalidade. Não! Há o risco e se há o risco eu suspendo imediatamente e se não tiver sozinha a pessoa dá conta.

ADAM URATO

Eu acho que você está descrevendo dando conselho mais forte a paciente. Eu entendo isso, mas também eu entendo, eu com meus pacientes, tem mais o papel de dar uma informação. E dando apoio ao que o paciente quer fazer. Mas a realidade é certa que se a mãe pára, essa medicina é melhor para o coração do bebê, isso é correto. Mas é difícil porque cada mãe tem uma história diferente.

PAULO AMARANTE

Tem mais alguém aí com pergunta. O Enzo está aí. Nós estamos quase encerrando, não vamos ter atividade cultural, infelizmente. Teríamos hoje... quem é que queria falar? Patrícia.

PARTICIPANTE PATRÍCIA

Elas estão aqui implicando comigo, queria dizer isso, deixar aqui registrado. Porque a gente nessa conversa, é lógico, imagina, a gente é da Rede de Atenção Psicossocial, aqui saúde pública, SUS. E aí eu fui trazendo para as nossas realidades, sobretudo no acompanhamento de mulheres grávidas que fazem uso importante de substância, especialmente o crack, que estão em situação de rua, em extrema vulnerabilidade psicossocial, porque não é só social, e que coloca desafios importante para os cotidianos dos serviços comunitários, para os profissionais, tanto que estão ali na Clínica da Família, na Estratégia de Saúde da Família, como nos Centros de Atenção Psicossocial, ou seja, de uma forma geral, na RAPS. E aí eu acho que fica um desafio mais importante para a gente pensar em tudo isso que a gente está falando, quais são as

estratégias que a gente vai pensar? Quais são as tecnologias leves, por exemplo, que vão fazer frente, então, a questão já do impacto do uso da droga ali numa gestante, na mulher? Que é o que a gente está tratando aqui. Porque os desafios são, assim, absurdos, sabe gente? Nesses cotidianos no município do Rio tem cuidados de pessoas em extrema vulnerabilidade e tem muitas mulheres que estão chegando nos serviços por um longo tempo já em situação de rua. Por exemplo, sem cuidado, sem acesso à saúde. E aí às vezes já chegam no final de gravidez sem ter feito o pré-natal porque ficam circulando, ficam migrando pelos territórios. Às vezes fogem de qualquer cuidado, vocês falaram de vínculos, de laços e parece isso, não vai dar para a gente tratar de nenhuma situação que se refere ao cuidado só pensando numa categoria específica ou, por exemplo, um profissional, um psiquiatra, um médico cuidar dessa situação de maneira isolada. Entende? Então, eu fico pensando, como é que vamos retirar a medicação? Como é que vamos cuidar? Como é que vamos pensar em novas práticas que vão fazer frente a isso e nós vamos desmedicalizar? Eu acredito na aposta da desinstitucionalização das práticas e dos saberes, que significa a gente de fato, isso foi dito também na mesa, coloca um pouquinho aqui a doença, coloca o sujeito, veja o contexto. Qual é o contexto? O que faz ele sofrer? E aí vai apostando, vai de fato indicando, vai propondo novas formas de acompanhar, mas em rede, eu acho que a gente precisa se ver em rede. Quais são as redes que vão produzir? Elas estão onde? São as redes formais? São as redes informais? Estão nos territórios de vida destas pessoas? Então, isso eu acho que coloca desafios para a gente pensar assim: vamos produzir redes, vamos estar juntos, porque as situações são complexas e eu acho que as respostas elas acabam sendo complexas também. Então era só para dividir assim, esquentar um pouquinho os nossos desafios. Eu queria agradecer demais, viu? Obrigada.

PAULO AMARANTE

Obrigado, Patrícia. É, você praticamente fez uma fala de encerramento muito bacana. Então, eu acho que é chamar a atenção para o Adam que é a primeira vez que

vem. O Bob já sabe disso, o Chris, eu falei que é o cineasta que está fazendo um documentário sobre a reforma psiquiátrica brasileira, saiu, mas ele já está entendendo isso. Esse seminário eu acho que ele tem uma importância muito grande, não é à toa que ele já está no seu 9o. ano, a gente tem uma relação com a Abrasme - Associação Brasileira de Saúde Mental. Kayky, que está vindo de São Paulo, é o nosso curador na área de cinema e vídeo da Abrasme e outras pessoas. Quero registrar também o pessoal do Outras Palavras, Outra Saúde, são dois jornalistas fundamentais, uma imprensa totalmente comprometida com a democracia, com os direitos, está começando a fazer uma cobertura no ano que vem faremos 40 anos da 8ª. Conferência Nacional de Saúde, a Conferência que tornou a política pública de saúde no Brasil em um processo participativo, presidida pelo Arouca, que está ali do lado, que dá nome a nossa Escola, foi presidente da Fiocruz.

A 8ª Conferência, existiam conferências de saúde no Brasil só que eram reuniões de burocratas, tecnocratas definindo metas, objetivos, estratégias. E o Arouca, em um processo de democratização brasileira, assumiu a Presidência da Fiocruz e teve como uma das tarefas ajudar a convocar a conferência. E nesse auditório, ele falou, ‘não vamos fazer mais uma reunião de tecnocratas, vamos fazer uma reunião nacional de participação, vamos mudar a história’. E mudamos a história. Hoje, para quem não sabe, as conferências são um processo participativo nacional, envolvem milhares de pessoas diretamente. Cada CAPS, Centro de Atenção Psicossocial, cada serviço, cada universidade, cada... tem as reuniões de discussão da pauta do que é prioridade para a saúde no Brasil. Isso vai para conferências regionais, em cidades grandes como São Paulo, territoriais, do distrito. Isso vai para as conferências municipais, em todo o país. É obrigatório pela Constituição que os municípios façam conferências, bipartite, com participação igualitária de usuários, sociedade civil, e do Estado. Isso vai para as conferências estaduais, depois para a conferência nacional.

A conferência nacional tem ainda depois o processo das conferências temáticas, como conferência de saúde mental, de saúde da mulher, saúde do trabalhador, saúde da criança... então, é um processo absolutamente único. Falei do Berlinger hoje, Giovanni Berlinger, Senador italiano, quando ele veio aqui ele assistiu e falou, ‘isso não existe em

lugar nenhum no mundo'. O SUS, que criou esse processo, o Arouca foi uma das pessoas que apresentou, aliás eu estou falando com a Leticia aqui, eu trouxe o documento original que nós levamos para apresentar em Brasília, eu estava nessa Comissão com o Arouca, a Sônia Fleury, e Mário Hamilton e tudo, sentamos ao lado de um grande sanitarista que vinha a ser o Mário Magalhães da Silveira, casado com sua prima, Nise Magalhães da Silveira, Nise da Silveira, que era prima dele de primeiro grau, os dois casaram, ficaram juntos com o sobrenome, e o Mário fez uma Conferência histórica, eu estou com esse documento chamado "50 Anos de Saúde Pública no Brasil", era um sanitarista daquela época de luta política, social. Bem, e dentro deste processo nós começamos a desenvolver o SUS e o SUS, pra quem não sabe, o SUS é a maior política pública inclusiva, de direito universal, acesso universal do mundo. Com todas as nossas precariedades.

Nós temos um processo de participação de construção do SUS que são as Conferências e os Conselhos de Saúde, municipais, estaduais, locais etc., etc. Então, tanto a Abrasme que nós criamos quanto esse processo aqui destes encontros, estão dentro desta política. Então, é muito assim por causa das circunstâncias, estamos com menos gente aqui no auditório, estamos com mais de 300 pessoas assistindo, mas nós sabemos são fundamentalmente trabalhadores públicos do SUS que vem aqui. Ou usuários, ou familiares. Nós sempre contamos com a participação no trabalho, no apoio, na construção disso, o Bob sabe disso muito bem, de usuários, militantes da saúde pública, da saúde e dos pacientes aqui no Brasil. Nós chamamos de usuários, a pessoa que tem direito ao uso do sistema público de saúde. E é muito legal a gente ouvir um é médico de família, o outro é psicólogo lá do CAPS, a outra é médica do matriciamento, o outro é... Leopard. É muito bacana. A gente então consegue. A gente sabe que não é um seminário qualquer que a pessoa leva um *titulozinho*, aliás, são sempre gratuitos aqui. Nós trouxemos aqui nesse seminário os principais autores, eu já falei uma lista que vieram ao Brasil pela primeira vez para falar destes temas, foram pioneiros, sempre fizemos isso da maneira gratuita, universal, sempre traduzido simultaneamente e transmitido para a América Latina, eu sei da influência que tem estes seminários por aí fora, sempre fazemos isso de uma maneira... isso porque amanhã já vai ter um impacto no serviço. Um ou outro aqui falou 'eu preciso mais ouvir a pessoa' que ele falou. Preciso mais ouvir a pessoa que eu

estou cuidando. Eu preciso conversar com ela, dar orientação, instrumentalizar as pessoas para que elas entendam os riscos e possam saber tomar a decisão e tomar as atitudes etc., etc. Então, tanto os profissionais são transformados quando participam destes processos, este nosso Curso, 43 anos desse projeto de formação absolutamente contra hegemônico no país, dentro dessa... E também as pessoas sofrem consequências porque tem profissionais que vão transformar a sua relação, a sua forma de fazer. Então temos uma contribuição importante, eu acho, e acredito, vou falando para as pessoas que estão ouvindo, aparentemente a nossa situação está regularizada ou meio, regularizada nunca não é, mas quem quiser vir amanhã eu acho que amanhã temos menos tensão social na cidade, a gente vai fazer uma segunda etapa muito linda.

O Bob vai falar sobre as tendências internacionais hoje desmedicalizantes, tem uma mesa que vai estar o Holmes, vai estar o Paulo Telles, vai estar o Rafael, a Luciana. Vamos ter uma ouvidora de vozes, está confirmada por causa dessa situação. O Adam vai falar a segunda parte dele tão anunciada já. Amanhã é o segundo capítulo. A gente vai sair daqui, vai votar nele lá no twitter, para que o FDA reconsidere aí, bem com a nossa manifestação. Agradeço mais uma vez a vocês que estão aqui, ao pessoal que está em casa, todo o pessoal da equipe do LAPS, do apoio, que estão aqui participando. Aliás, o Rafael também está aí, o Rafael? Eu estou enxergando muito mal, daqui eu não vejo muito bem, Rafael que é do Recôncavo baiano, da Bahia, do recôncavo baiano, da universidade também aqui. O Chris voltou aí.. A Leandra quer fazer...

LEANDRA BRASIL

É que algumas pessoas que estão aqui não virão amanhã. Então que a gente faça a nossa tradicional foto hoje e amanhã. É isso.

PAULO AMARANTE

Nós aqui na frente, fazemos uma foto histórica de registro e eu acho muito importante. Simboliza, Patrícia, a nossa rede. Essa ideia... ela fala da RAPS, nós temos uma política chamada Rede de Atenção Psicossocial que envolve não só serviços, mas outros dispositivos, outras estratégias de cuidado, cuidado em liberdade, que vai da arte, cultura, economia solidária, geração de renda, centros de convivência etc. Então, nos programamos aqui para tirar uma foto. Estão todos convidados, convidadas, para que a gente consiga tirar a foto. Muito obrigado e até amanhã.

MESA REDONDA

“Panorama global das iniciativas desmedicalizantes”

PAULO AMARANTE

Bom dia a todos aqui presente. Mais uma vez agradecendo a presença. Bom dia, as pessoas que estão ligadas no youtube. Estamos aqui ainda muito abalados com a série de ocorrências aqui do Rio de Janeiro, a violência fundamentalmente coordenada pelo Estado e toda situação que ele está vivendo, mas resistindo aqui. Mantivemos o seminário com toda essa dificuldade. Queria agradecer mais uma vez os nossos convidados internacionais e nacionais, locais, que estão aqui presentes participando. Vamos levar o seminário! Tem muita gente assistindo online, ontem tivemos em torno de 400 pessoas assistindo permanentemente, fora aquelas que entram, que passam e tudo mais. Além disso o seminário fica todo gravado, é um documento importante para gente ter essas contribuições aí, como material de referência. Nós também nos comprometemos a legendar e divulgar. Tudo já está na página, já vai entrando na página da TV ENSP, que tem uma página no youtube, lembrando também a vocês que todas as versões anteriores do seminário, dos outros seminários, estão disponíveis com conferências, com debate, conferências muito importantes.

Hoje nós vamos iniciar... vou pegar exatamente o nomezinho aqui de cabeça, nós vamos iniciar com uma mesa com o nosso querido convidado membro da Comissão da organização, participando, participante da organização, Robert Whitaker, que é sobre o panorama global das práticas de desmedicalização, das práticas desmedicalizantes. Então aqui na mesa está o Robert, já apresentei, jornalista de renome internacional, fundador do site Mad in América, premiado com o livro “Mad in América”, com o livro “Anatomia de uma epidemia”, recentemente lançou esse livro “A psiquiatria sob influência e corrupção institucional: ideias para reforma”. Juntos organizamos um livro que está aí, o “Desmedicar”, que além de textos nossos tem textos de outros autores brasileiros e internacionais convidados.

Na mesa também está o Chris, que é da Holanda, até por causa da questão... mais uma vez explicando, não conseguimos dada a situação do Rio de Janeiro, instalar cabines de transmissão aqui de tradução simultânea, precisava montar as cabines, trazer todo o equipamento individual de tradução, então nós vamos estar sem equipamento de tradução... para quem quiser ouvir pelo youtube a tradução simultânea com um certo delay, mas dá para ir acompanhando tudo, então é só entrar no youtube agora aqui do seminário. E além disso a sala do quinto andar para quem quiser, vai ter uma transmissão no telão. Só na hora da Conferência, depois desce, quem quiser ver, tiver alguma preferência de ouvir a tradução simultânea que está sendo feita lá via o canal que nós estamos transmitindo exclusivamente para o Bob praticamente, para ele entender, as perguntas, as questões. E para as pessoas que estão online que estão com a tradução. Aqui vocês entenderam a dificuldade de instalar o equipamento, de trazer o equipamento, e tudo teria que ser feito com antecedência exatamente nos dois dias anteriores, mas tivemos... não pudemos na verdade trazer, entrar o material aqui por conta dessa situação que o Rio de Janeiro ficou.

Mais alguma informação? Estou aqui mais uma vez justificando a ausência da Ana Paula Guljor que está numa Comissão, ela é Presidente da Abrasme e do Conselho Nacional de Direitos Humanos, acompanhando aí o desdobramento das questões relacionadas ao massacre que teve aí, esse extermínio coletivo que nós assistimos aqui. Bem, penso que mais ou menos fiz uma fala de introdução, de apresentação, depois o Chris, eu pedi a ele... o Chris está aqui no Brasil fazendo... ele é cineasta holandês, está fazendo um projeto de um documentário sobre a reforma psiquiátrica brasileira, essas coisas brasileiras, se ele, aproveitando a presença dele, que ele dê uma *falazinha* de alguns minutos só dizendo da ideia do que ele está fazendo. Já é a segunda vez que ele vem aqui na Fiocruz, no ano passado no seminário “100 anos de Franco Basaglia”, ele esteve presente, nós estamos acompanhando...

E, mais uma vez, agradecer a toda equipe da ENSP, do Laboratório, do LAPS, o pessoal que está apoiando. Então, Robert, com você a palavra.

ROBERT WHITAKER

Outra vez, é um prazer enorme estar aqui. Obrigado ao Paulo e a todos. Eu vou falar em inglês exatamente. Eu digo que para me entender em inglês ou se forem escutar com, como se diz, no computador. Eu vou falar por alguns 30 minutos e depois vamos ter uma discussão. Ok?

Bom, essa ideia de desmedicalização é uma ideia muito importante. Por quê? Porque não é só como a nossa sociedade organiza o seu cuidado para as pessoas com seus problemas psiquiátricos, mas também como nós podemos vermos, como nós concebemos os seres humanos, como nós nos concebemos. É uma história de filosofia também. Desde 1980 quando a Associação Psiquiátrica estadunidense atualizou este modelo de doença que transformou este sentimento de nós mesmos. Sabemos que estas questões químicas que passam pelo nosso cérebro, como nós cuidamos das nossas crianças, há uma história muito grande que eu estou tocando aqui e eu queria dizer, como eu disse ontem, o Brasil está na linha de frente nessa perspectiva de uma mudança sistemática. Por isso estou tão feliz de estar aqui. Rapidamente eu vou falar por 30 minutos e depois a gente vai ter uma discussão.

Eu acho que é importante entender que houve uma grande batalha, tem tido uma grande batalha na psiquiatria em concepções. Concepções médicas e concepções não médicas. E de maneira muito rápida isso volta para o 18, século 18. Nós tínhamos testes médicos naquela época que as pessoas que eram insanas, que eram malucas, porque eles perderam a sua razão e se sentiam como animais, não eram mais como nós. E com essa concepção de humanos como animais eles construíram lugares para essas pessoas ficarem com eles, elas eram tratadas como animais.

Nos Estados Unidos, o primeiro hospital que abriu, eles botavam as pessoas, as pessoas eram observadas e localizadas nesse porão. Depois houve uma grande reforma que foi introduzida pelos Quakers. Os Quakers eles têm uma crença religiosa que todos, o círculo, a igualdade estão muito presentes. E aí eles mudaram a concepção. Eles disseram: ‘nós não sabemos o que causa a loucura, mas sabemos que são irmãos nossos, não são animais’. E com essa nova concepção eles pensavam: ‘como nós vamos cuidá-

los?’. Isso é bom para as pessoas. Elas se vestem bem, elas fazem exercícios, elas têm danças, elas têm uma biblioteca. A ideia era tratar as pessoas o mais normal possível. E botar algo num espelho que refletisse a capacidade delas em estar com os outros. E essa era a ideia. E eles botaram isso no século 18 até o começo do século 19 e funcionou.

Então, quando eles trataram as pessoas dessa maneira, trataram bem, com exercícios, permitindo estar com os outros, divertindo-se com os outros, dois terços das pessoas que estavam doentes, em menos de dois meses eles se recuperaram, ficaram bem. Agora os quakers também tinham essa ideia daqueles que não podiam melhorar eles ainda tinham a obrigação de tratá-los de maneira humana, da maneira mais humana possível. Agora essa ideia que nós temos foi introduzida nos Estados Unidos, o primeiro hospital em Manchester, esse primeiro hospício chamado assim, essa foi a primeira abordagem não medicalizada quando eles pensaram ‘nós não queremos médicos aqui’. E basicamente eles replicaram essa ideia em lugares menores, lugares do país, e eles encontraram, vocês podem ver, que resultado de longo prazo, que 67% melhoraram. E isto são pessoas que tinham distúrbios muito severos quando chegaram no hospital.

Isso foi uma maneira que foi vista com muito êxito, uma maneira não médica. E o que aconteceu aqui é que os Doutores nos Estados Unidos eles queriam ter autoridade sobre a loucura e depois eles começaram a dizer, ‘nós precisamos ser as pessoas que dirigem estes espaços’. E isso deu lugar a Associação Psiquiátrica quando eles começaram a medicalizar esses espaços. Isso aconteceu em 1856, a gente estava concebendo eles não mais como animais, não mais como o outro, mas como irmão. E aí veio a ideia que foi discutida na sociedade que era a eugenia. Os genes que eram passados de pais para filhos e aí voltou essa ideia de sociedade, eles foram passados de genes e a ideia foi ‘você não é louco. Mas se você tiver ambos os genes você vai ser louco’. Então, agora é uma coisa médica e essas pessoas não eram como nós. E nós começamos a ver como eles carregavam um peso, inúteis. E a ideia era colocá-los no manicômio e mantê-las lá para que elas não pudessem espalhar os genes ruins.

Isso se espalhou pela população e a ideia era usar esses hospícios como enfermarias por pessoas com sífilis, por pessoas com outros problemas, mas tirá-las da

sociedade porque são genes ruins. Então temos que esterilizá-las, provavelmente, de forma forçada e matar talvez estes com problemas mentais, com transtornos mentais, isso aconteceu nos Estados Unidos e não foi só na Alemanha. Então, e a Alemanha olhou para os Estados Unidos e adotou essas políticas também nas suas pessoas. As primeiras pessoas que eram mortas eram os pacientes psiquiátricos na Alemanha. Isso é só para falar de alguns exemplos do passado. Isso é um exemplo dessa era de 45 anos que podemos ver que essas pessoas eram tratadas como defeituosas.

Na segunda guerra isso começou a mudar. E por quê? Porque a eugenia está associada com a questão alemã, é desacreditada e temos essa competição de conceitos de 1950 e 1980. Um grupo tem esta questão biológica com que são os genes e o cérebro. E tem o grupo, o segundo grupo que segue as ideias de Freud, da psicanálise, problemas na infância, na subconsciência. Mas a ideia é que ainda o problema está dentro da cabeça do indivíduo. E tinha uma terceira ideia que vê, que diz que os homens, as pessoas respondem ao ambiente, então racismo, pobreza, violência, e que você tem que fazer é mudar esse ambiente para curar.

Então, um dos motivos para essa mudança é que quando os soldados voltaram da segunda guerra e tiveram problemas, eles disseram para a gente: ‘nós não temos problemas biológicos’. Mas eles foram para a guerra e sofreram trauma da guerra, então nós temos que ter ambientes para que eles se restabeleçam. E nós falamos, voltamos aos quakers. Então estas três linhas estavam em competição. E o que acontece? Em 1955, uma nova medicação, droga, vem ao mercado: a clorpromazina. E o que a clorpromazina faz? Ela te tranquiliza. Você não se move muito, você não tem muita emoção. Então esta droga ocupava, mobilizava o sistema nervoso. Então as pessoas paravam de falar muito, não sentiam emoções. É como se as drogas fizessem uma lobotomia. Você destrói a parte frontal do cérebro e é como essas drogas atuam.

Então esses medicamentos psiquiátricos... Queriam ser vistos como médicos, não é? Com aquele jaleco branco. Então eles mudaram o nome desse produto, dessa medicação. Eles são antipsicóticos e não neurolépticos. E agora com um novo nome, você está falando de medicamentos como antipsicóticos, como antibióticos e fazem,

curam alguma coisa. Então, dentro da psiquiatria isso vai ser, essa será uma nova força para a medicalização. Você vai ter estes anti-alguma coisa. Antidepressivos, antipsicóticos... que vão curar esses problemas. E nessa época nós tivemos ainda uma competição, uma concorrência sobre como deveríamos ver as coisas. É como o Franco Basaglia nos Estados Unidos, essa pessoa que fez esse experimento, a Casa Soteria, que é muito parecida com os quakers. Nós não sabemos o que causa a psicose, mas sabemos que ficar com os outros pode ajudar, ficar juntos pode ajudar. Então fizemos este experimento.

Pacientes novos nas emergências serão randomizados, alguns tratados com medicamentos no hospital, outros tratados nessa casa que se chama Soteria. Ela é totalmente sem medicação, desmedicalizada. Novos profissionais, pessoas que poderiam ficar juntas sem ter algum surto. O Jimi Hendrix, uma pessoa da família do Jimi Hendrix foi que liderou essa casa. E ninguém ali ficou sob psicotrópicos, em remédios. Então eles tiraram esses antipsicóticos por um tempo e vamos ver o que acontecia nesse modelo. E quais foram os resultados dessa experiência? Depois de seis semanas a diminuição da psicose com esse modelo foi parecido com o que acontecia nos hospitais. Porém, depois de dois anos, as pessoas que estavam nesta Casa estavam se comportando muito melhor. Estava com muito benefício, se relacionando muito melhor. E isso foi visto como um modo melhor de se tratar a pessoa.

Então vou te dar um exemplo de como se tratava a psicose. Por exemplo, uma das pessoas que estava vivendo na casa e eles ficariam lá seis meses, nove meses, porque demoravam a se reabilitar. E as pessoas diziam, ‘tinha uma nave que ia chegar e ia me levar embora, e os *aliens* iam me levar’. Então o que se ia fazer? Eles não diziam, ‘olha você não pode pensar isso. Isso é errado’. Eles levavam uma pessoa para o parque e ficavam lá esperando a nave com aquela pessoa. Mas a nave nunca chegava. Chegava o dia seguinte, eles voltavam para casa e a pessoa dizia para esta pessoa: ‘Olha, eu acho que os ETs não quiseram vir’. Então era um outro modo de abordar estes pensamentos que eles tinham. E como isso era uma ameaça à medicalização e algumas pessoas começaram... essa pessoa que geria essa Casa foi demitida e nesse momento os esforços

de desmedicalização morreram. Não só morreram, as pessoas eram ameaçadas. ‘Se você continuar neste caminho, você vai sair do campo da psiquiatria’.

Então, isso aconteceu com ele e o que aconteceu? Nós ainda tínhamos esforços desmedicalizantes nos Estados Unidos feitos pelos próprios pacientes. Então essa moça, por exemplo, sobreviventes psiquiátricos começaram a fazer grupos dizendo ‘nós não queremos drogas, nós não queremos medicações’. E disseram, ‘nós vamos controlar nossa própria narrativa. Nós não queremos essa narrativa que nos chama de bipolares, esquizofrênicos. Nós estamos ok’. E essa mulher, Judi Chamberlin, ela foi uma das madrinhas desse movimento sobreviventes psiquiátricos e se atentou e escreveu este livro “*On our own*”. Nós estamos com os nossos próprios esforços. E houve um grupo, que foi conhecido como “*Mind Freedom*”, eles eram contra esses tratamentos forçados, ‘queremos ficar livres’, eles fazem protestos, eles se encontravam entre si, eles protestavam muitas vezes dizendo ‘abraços, não drogas’, ou ‘*hugs, no drugs*’.

E aqui é onde começou a viver de novo, a se tornar famoso este movimento anti-desmedicalizante e o grupo de apoio formado pelos pacientes em Massachusetts que se chamava Freedom Center que foi levado o *know how*, foi fundado, se encontravam uma vez por semana com o objetivo de sair das drogas, dos medicamentos psiquiátricos. Então eles se apoiavam, apoiavam iniciativas e 80% ex-pacientes reduziram esses medicamentos e saíram deles. E eles escreveram um livro que se chama “Redução do mal”, “O guia da redução que é feito de mal”. Como você sair dessas medicações psiquiátricas. Isso é feito por pessoas, por sobreviventes psiquiátricos. E aí você tinha de grupos diferentes um dos quais “Nós poderosos” era “*The Wildflower Alliance*” que era em Massachusetts, e eles faziam muitas coisas. Eles faziam sessões de treinamento sobre escutar vozes, sobre como abordar pessoas suicidas e não colocá-las em hospitais porque se você fosse no hospital e dissesse que era suicida eles te colocavam no hospital. Tinham um podcast. Eles tinham uma abordagem em como não concordar com os psiquiatras quando os psiquiatras diziam para você o que fazer.

E eles organizavam casas onde você podia ir, se abrigar caso não quisesse ir para o hospital, ficar no hospital, e essas casas eram geridas não por profissionais, mas por

peessoas que tiveram suas experiências. Nestes centros, que estavam se espalhando pelo país, no país, nós tínhamos 15, você podia ir para lá, não seria tratada forçosamente com medicamentos e depois de um mês mais ou menos as pessoas começavam a ter mais estabilidade. Não eram medicalizadas. Se você quisesse ter os seus medicamentos, você poderia, era uma escolha. Mas a ideia era que as drogas não é que consertassem, elas talvez só te ajudassem a ficar mais calmos.

E o que eu estou dizendo é que a desmedicalização dos anos 1980 para frente foi basicamente feita pelos sobreviventes psiquiátricos. E a sociedade psiquiátrica publicou o DSM-III, considerando essa visada para o cérebro que eram causadas pelos desequilíbrios químicos no cérebro, temos medicamentos para isso. E isso começou a ser exportado para o mundo, mas eles nunca provaram que havia esses desequilíbrios, mas sim que as drogas agiam no cérebro e diziam que aquelas drogas consertavam. Mas isso nunca foi achado. O que foi achado é que aquelas drogas mexiam no equilíbrio do cérebro. Então nós tínhamos duas narrativas chegando nos anos 1980. A medicalização, que era portada pela Associação Psiquiátrica Americana e que queriam dinheiro das farmacêuticas; e tinha outra também, uma contranarrativa que era a *Hearing Voices*, que começou em 1987, na Holanda, e rapidamente se tornou um encontro de pessoas que ouvem vozes e se apoiavam, e aí a ideia era que você não tem que silenciar as suas vozes. Você tem que viver com as suas vozes. Uma coisa normal e era uma abordagem não medicalizante. Então, isso é um elemento da não medicalização. Era a desmedicalização que sobreviveu desde 1980. É uma história muito longa das pessoas que diziam ‘não quero ser medicalizada’.

Vocês conseguem me ouvir, conseguem me entender? Existem também esforços que eram de profissionais que estão também nessa linha da desmedicalização. O mais conhecido é o Diálogo Aberto, que surgiu no norte da Finlândia, e uma das coisas que eu enfatizo aqui é, qual é o conceito? São irmãos como os quakers diziam. Os sobreviventes dizendo “nós não temos defeitos, nós somos normais. Talvez um pouco diferentes, mas somos seres humanos”. E na Finlândia o que eles diziam é que a psicose não está na cabeça. A psicose está entre os espaços, entre as pessoas, nesses espaços entre as pessoas. Então, depois que alguém teve um surto de psicose, o que eles faziam? Encontrar com a

pessoa, mas não só com a pessoa, com membros da família, dos amigos, porque você tem que reparar estes espaços entre as pessoas. E eles começaram a fazer isso nos anos 1990 e o legal é que eles começaram a ter resultados com isso. E começaram a reportar isso para o Ocidente.

Então eles não estavam usando medicações, antipsicóticos, porque eles acham que isso poderia fazer com que pudesse mudar o paciente, o paciente tinha que ter as suas emoções para poder se expressar de forma completa, eles expressarem a sua emoção. Então, as pessoas estavam realmente voltando a ter domínio sobre as suas vidas. De repente as pessoas começavam com um pouco de antipsicótico e depois elas iam se desvencilhando. E quais foram os resultados em cinco anos? 80% dos pacientes que tinham diagnóstico de psicose, estavam de volta, trabalhando ou na escola e sem sintomas. Então, praticamente eles estavam curados. E uns 20% se tornaram crônicos, menos capazes. E $\frac{2}{3}$ nunca tinham usado antipsicótico. Isso foi um... ou seja, este grupo que usou antipsicótico foi o que teve melhores resultados. Eles usaram por um tempo e você teve também os 20% que não conseguiram se restabelecer sem o uso destes remédios antipsicóticos.

Então, esta forma de cuidado se espalhou pelo país, para outros países. Mas teve um problema. Conforme foi exportado para outros países, eles ainda estavam usando os medicamentos de forma regular. Então, estamos juntando dois modelos. O da medicação e este outro. Isso não estava funcionando nos Estados Unidos porque eles usavam ainda muitos antipsicóticos, todos. E isso era fundamental. E era importantíssimo que as pessoas não usassem, as pessoas tinham que estar com todas as suas emoções à flor da pele. E ao longo de 19 anos eles fizeram um estudo com o resultado, pessoas tratadas com Diálogo Aberto na Finlândia, e vocês podem ver que o modo como as pessoas não se recuperaram era duas vezes maior nos cuidados convencionais. A hospitalização era maior, a invalidez também e só $\frac{1}{3}$ das pessoas que foram tratadas no Diálogo Aberto ainda continuaram precisando de remédio. Então, com esse tipo de tratamento você tinha resultados muito melhores a longo prazo. Porém, esse tratamento da Finlândia não foi abraçado muito bem em outros lugares, infelizmente.

Esse é um outro programa que se chama “Fogo interior”, no Vermont, começou há uns dez anos atrás, muito parecido com os quakers, aparece mais ou menos depois. As pessoas se juntavam, comida fresca todos os dias, eles se exercitam, eles meditam, eles se encontram. E uma das coisas é que é para pessoas que querem sair das medicações. Então eles têm feito isso com muito sucesso. Eu acho que é o 10o. aniversário deles agora. O problema é que as pessoas acabam tendo que pagar por isso porque o seguro não quer pagar. Então, muitas vezes a pessoa não fica tanto tempo ali, às vezes ela só para um pouco de tomar remédio, diminui a dose e saem. Então eles tiveram só alguns problemas, poucos problemas, muito menos do que teriam em hospitais.

O staff que gere, fica ali dentro também, então é parecido com a Soteria de alguma forma. A coisa mais importante é coma bem, exercite-se, saia para passear, compre. Então você tem casas Soterias também nos Estados Unidos. A primeira foi em Vermont. E essa Casa começou depois que eu falei, eu dei uma palestra em Vermont, eu falei com o Diretor de Saúde Mental, e eles quiseram fundar uma Casa Soteria. Eles estão há mais ou menos dez anos. No princípio dos anos 1970 nós tivemos, com uma exceção, hoje quando as pessoas chegam na sala de emergência a gente já vê as pessoas tomando medicamentos psicotrópicos. É muito difícil vocês as verem tomando medicamentos simplesmente porque querem. E houve muito êxito nessa construção. Outra no Novo México. Então, a gente vê aqui pequenos bolsões de desmedicalização nos Estados Unidos. Agora, acreditem ou não, agora está aqui, eu não vou entrar em política, esse assunto, mas há dez anos, Pesach Lichtenberg, é um psiquiatra que nasceu nos Estados Unidos e imigrou para Israel, ele começou este projeto Soteria em Israel. O primeiro foi aberto em 2015, havia duas casas em Jerusalém, uma para homem e uma para mulher, por conta dessa separação. Eu visitei as duas. E muito brevemente o que seria uma Soteria em Jerusalém. Você entra, se você entrar em um hospital hoje nos Estados Unidos, as pessoas vão estar sentadas com... medicadas, não vão conversar mais com as outras.

Você vai na Soteria Vermont você vê que mais atividades, as pessoas brincando de bola, conversando, fazendo coisas, em um ambiente completamente diferente das pessoas chamadas psicóticas. E eu lhes dou um exemplo. Eu entrei na Casa e disse, ‘eu

sou Bob’, e ele falou, ‘eu sou Jesus’. Eu falei, ‘prazer, Jesus’. E ele disse, ‘eu também sou Deus, você quer conhecer Deus? Você crê em Deus, você quer conhecer?’. E ele falou assim, ‘eu tenho um grupo de whatsapp, você quer entrar no meu grupo de whatsapp’. E eu falei, ‘eu não falo hebraico’. E ele disse, ‘não precisa, deixe para Deus’.

O meu ponto é que eles comem juntos, eles cozinham juntos, eles fazem trilhas juntos, nessa que foi, vocês podem ler, vou dar um segundo para vocês lerem isso. Quinze dessas Casa Soteria eu tive muitas vezes. Eu fui para conversar com o Ministro da Saúde para dizer que existem razões diferenciadas da ciência em relação a isso e uma das razões que eles começaram a ter êxito em Israel, é por conta do serviço forçado militar. Muitas pessoas jovens fazem o serviço militar, eles saem um pouco psicóticos disso, eles não veem isso como esquizofrenia, eles veem como danos causados pela guerra. De qualquer maneira, este é um exemplo onde eles podem ser vistos de dia, do lado de fora, fazendo trilhas...

Bom, já vou concluir aqui. Temos também um grande movimento na Noruega, o movimento livre de remédios, esse aqui foi por grupos de psiquiatras que diziam que às vezes precisamos ir para o hospital mas não queremos levar drogas amplamente. Eu queria salientar aqui a importância de entender as evidências baseadas. Eles trazem este ponto quando falamos sobre os impactos nas taxas de recuperação, as taxas a longo e curto prazo. E em cima das razões que o Governo pode dizer que existe uma evidência que oferecer tratamentos sem drogas podem ser efetivos.

Aqui temos pessoas que sobreviveram a tratamento psiquiátrico e se você vai para uma destas unidades, em torno no Norte, é como se fosse uma unidade de hospital, mas as pessoas vivem, elas podem visitar a cidade vestindo roupas normais. Há muitas atividades. As pessoas tocam violão, há boa comida, não há tratamentos forçados. E o que você encontra não é um ambiente estressado. É um ambiente alegre para se estar. Isso já tem ocorrido há dez anos que eles têm feito. As pessoas vêm medicadas, elas tentam se livrar das medicações ali. E vocês podem ler isso daqui no quadro, esse é um psiquiatra que está fazendo um trabalho, mas sem medicamentos. Vocês podem ver que é algo diferente que está ocorrendo ali. É uma nova maneira de pensar.

Há uma diferente concepção aqui e isso mostra que é possível. Depois temos um hospital privado que foi formado em Oslo, ele é chamado o primeiro hospital livre de medicamentos do mundo, considerado assim. Eu visitei esse lugar, recebem as pessoas que eram mais doentes. As pessoas que estavam em hospitais, hospitais públicos da Noruega por anos, muitas vezes presas, com tendências suicidas, eles não recebiam ajuda, muitas drogas foram usadas e nenhuma funcionou. As pessoas passaram a mandar para este hospital privado como último recurso para ver se eles conseguiam se livrar da medicação e isso mudaria as suas vidas.

E, novamente, aqui é como os quakers que eu falei no começo. Você faz exercícios, você come bem, você come comida fresca, outros entre vocês, mais da metade dos funcionários são pacientes. E no lago, eles fazem um buraco no gelo para as pessoas, os pacientes pulam no meio do gelo. Isso é uma maneira que eles podiam dizer, para desafiar as coisas que eles tinham medo. Esse trabalho teve mais de 500 pessoas que passaram por isso mas agora está sendo fechado, os poderes instituídos na Noruega não gostaram, os profissionais psiquiátricos estão sempre com isso, houve um suicídio depois que ele esteve lá. E falaram, 'viu, olha o que acontece, as pessoas se suicidam'. E obviamente temos suicídio e finalmente o novo Governo veio e disse, 'nós não vamos oferecer pagamento, vocês terão que fechar'. Eles conseguiram operar por dez anos.

Esta é a primeira paciente. Ela tem 31 anos, ela tem prescrições para medicamentos quando ela chegou, inclusive três antipsicóticos. Ela foi internada 220 vezes desde os 11 anos. Ela ficou três anos no isolamento porque ela tinha tendências suicidas. E no momento que ela chegou neste hospital privado, o que aconteceu? O Diretor falou pra ela: 'Eu acho que você precisa de umas férias'. Então, a primeira coisa que ele fez foi colocar para essa pessoa uma enfermeira de férias maior. E o que aconteceu é que ela começou a receber confiança para se comportar. Quatro anos depois ela tem dois medicamentos, ela vive sozinha, ela trabalha em uma Aldeia próxima. E isso é o que ela falou sobre a mudança que ela viveu. Vocês podem ver. O que eu estou querendo dizer é que se você adota uma abordagem de desmedicalização você tem uma chance de poder ajudar com que as pessoas voltem às suas vidas reais de maneira completa.

Essa é a minha pergunta para depois no Brasil. Nós temos este sistema CAPS que é maravilhoso. CAPS que é institucionalizado, porém, eu acho que vocês casaram com um modelo médico. Isso é verdade. Agora vocês estão tentando se livrar deste modelo médico. Nós temos um artigo no site do Mad in América sobre o movimento de movimento de saúde mental no Brasil, escrevemos este artigo, e o Mad in Brasil produziu esse artigo. E para mim, eu acho que essa pergunta que eu faço para vocês aqui que estão tentando fazer mudanças sistêmicas, que estão tentando desvincular. Eu diria duas coisas: qual a concepção do outro, do outro irmão, a concepção como a dos quakers? E se divorciar deste modelo da doença, eu acho que ao fazer isso de maneira sistêmica vocês podem se divorciar de um modelo baseado em doença com medicamentos.

Isso é parte da discussão. Talvez eu esteja errado.

PAULO AMARANTE

Bem... muito obrigado, Bob. Só algumas considerações para lembrar que aqui no site que eu falei anteriormente, tem algumas conferências do Iaco com um profundo detalhamento como funciona o Diálogo Aberto. A primeira vez que o Iaco esteve no Brasil foi aqui neste auditório, depois voltou outras vezes. Então aqui começamos a criar estas exposições, essas conferências no youtube, são fundamentais. Para quem está aqui, para quem está assistindo, são muito didáticas apresentadas pelo mais importante autor. Publicamos o livro dele aqui “Redes dialógicas emancipatórias”, redes sociais de saúde mental do Iaco Seiko e do Tom Hamilton. Então é um livro publicado pela Editora Fiocruz. Também trouxemos o Hall, a Olga Hansemann do “Ouvidores de Vozes”. Então, tem uma... eu queria lembrar também que no ano passado foram muito tocantes os depoimentos da Camila e da Mariana, ouvidorias de vozes aqui, falando um pouco muito semelhante desse depoimento. E depois de muitos anos elas falam: ‘Eu voltei a sentir. Voltei a rir, voltei a chorar, voltei a ter sentimentos que com o uso crônico e massivo de medicamento não era possível, eu não sentia’. Era impressionante, uma coisa... muitos relatos têm, as pessoas às vezes não conseguem sentir.

Ano retrasado, na Holanda, teve um pedido de eutanásia, morte assistida, programada, por uma ex-usuária de antipsicóticos, antidepressivos, que tentou várias vezes parar e já não conseguia, mesmo com acompanhamento médico. Foi internada para isso, algumas dezenas... pessoa jovem de 40 anos, dezenas de internações e de tentativas frustradas de parar a medicação e de sofrimento. Então, com o apoio da família, ela entrou com o pedido de eutanásia. Isso, descobrimos que tem sido muito comum na Holanda, na Suíça e em outros países. As pessoas não conseguem viver com medicamento e sem medicamento. Chegou a um ponto de cronicidade, de gravidade que é impossível administrar a vida com o uso de medicamentos e já muito difícil a retirada. Teve aqui, acho que foi a Natasha ontem que falou, a retirada do medicamento não pode ser abrupta, é necessário ter acompanhamento profissional, de equipe de saúde, é muito difícil.

Mas então, queria registrar aí e agradecer mais uma vez. Como é uma palestra, nós vamos emendar para a outra Mesa e depois a gente pode ter perguntas, comentários. Aparentemente nós não vamos precisar entrar em fila de... não se o pessoal da equipe confirma aí... o restaurante, nós vamos ter um brunch servido pela ENSP aqui. Não sei como é que está. Está confirmado? Dada a condição que estamos vivendo de excepcionalidade, mas a gente pode seguir.

Não sei se a Ingrid chegou. Ah, está aí a Ingrid. Oi Ingrid. Eu vou passar para o Alex Ramalho que vai coordenar então a Mesa, a Ingrid e o Edvaldo. Não sei se o Edvaldo está aí ou está ali fora que vão... e o Alex vai coordenar. Então muito obrigado Bob, o Chris continua aí para poder ouvir a tradução e o Bob também pode ouvir ali pelo celular, não sei se você quer ficar aqui, ouvir a tradução e depois, a partir desta Mesa, a gente vê questões para as duas Mesas.

Então, muito obrigado gente, mais uma vez, obrigado Bob, obrigado a vocês aí. E amplamente recomendado este artigo da Luna (...), é da Bélgica, eu não havia conhecido e muito interessante para a gente conhecer e pensar. Está no Mad in Brasil a tradução feita pelo Bob. Obrigado então.

MESA REDONDA

Práticas desmedicalizantes em saúde mental

ALEXANDER RAMALHO

Então, vou convidar para a Mesa. Nós vamos iniciar então a nossa primeira Mesa após a Conferência do Robert, eu vou chamar a Ingrid Abreu, que é psicóloga. Pode comparecer aqui, Ingrid. Seja muito bem-vinda. E também Edvaldo Nabuco, que participa de vários movimentos sociais, militante histórico da Luta Antimanicomial.

Então, por conta do nosso tempo, para a nossa organização, vou começar me apresentando, vou ficar como coordenador da Mesa. Eu me chamo Alexander Ramalho, trabalho aqui no Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental, LAPS, FIOCRUZ, e vou estar aqui para poder iniciar o nosso debate. Primeiramente eu vou passar para a Ingrid para ela poder falar um pouco da sua experiência, da vivência, para trazer esta discussão para nós. Depois o Edvaldo. Uma questão técnica aqui para a gente poder iniciar. Pronto, ok.

INGRID ABREU

Vocês estão me ouvindo bem? Bom, bom dia. Queria agradecer primeiro o convite, a oportunidade. O meu nome é Ingrid, eu sou psicóloga, eu queria falar um pouquinho sobre as práticas desmedicalizantes na saúde mental e a nossa responsabilidade como profissionais da saúde. Eu resolvi trazer isso aqui, quando veio o convite, como relato de caso pessoal e também - eu não estou aqui como uma especialista, como uma questão extremamente técnica, tem outros especialistas que podem falar aqui, de dedicação e prós e contras muito melhores. Mas eu acho que como uma profissional da área e como uma pessoa que vive com questões de saúde mental, eu acho que é importante a gente trazer este ponto aqui para ver, para lembrar de uma maneira mais humana.

Então primeiro gostaria de me apresentar, do jeitinho que eu gosto, então, além de psicóloga, eu sou formada pela UERJ em 2023, eu sou pós-graduanda em Terapia cognitivo-comportamental, que é a linha que eu trabalho, mas é uma das linhas da psicologia, estou cursando licenciatura também na UERJ porque não largo aquele lugar, eu trabalho lá como servidora na parte administrativa. Além da Ingrid profissional, eu sou mãe da Neve, que é esta gatinha linda, que me dá muito trabalho. Eu também sou dona de casa, então tenho um milhão de afazeres o dia inteiro, eu sempre deixo pela metade. Dizem que eu como muito, mas aí eu descobri que eu faço isso por causa do meu signo. Então, eu sou taurina e para mim é ótimo. Tem gente que pode falar também que eu sou fofoqueira, eu sou muito tagarela, falo muito rápido, mas eu gosto de falar que eu sou uma comunicadora em potencial.

Então isso é algo que eu queria dizer para me apresentar para vocês. E por último e não menos importante, eu sou um pouquinho desequilibrada. Mas então, eu não sei se eu queria acabar com a imagem de vocês, mas vocês também são, porque ninguém aqui é muito normal. Isso é uma coisa ótima. Acho que a gente pode partir deste ponto que está todo mundo no mesmo barco e a gente só tem problemas diferentes.

Bom, para... tirando este primeiro momento para vocês me conhecerem um pouquinho, às vezes eu me enrolo um pouco. Então vocês me perdoem mas eu vou dar um contexto pessoal. Além de psicóloga, além de todo este contexto da saúde mental, eu lido com as minhas questões de saúde mental desde a infância. Então, eu lido com sintomas de depressão, ansiedade e fibromialgia desde que eu me entendo por gente. Só quando eu fui virar uma pessoa adulta que eu tive a atenção necessária para isso. Então, eu entrei na Faculdade em 2017, eu comecei a psicoterapia em 2019 e eu comecei o acompanhamento psiquiátrico há quatro anos, em 2021. Com muitos altos e baixos mesmo. Muitos baixos e muitos altos.

Então, eu tive diversos momentos em que eu, tanto na minha carreira profissional, quanto na minha questão profissional quanto na minha questão pessoal, me questionei se as minhas condições psicológicas, se as minhas questões de saúde elas iam me impedir de realizar os meus sonhos e de alcançar os meus objetivos. Isso realmente foi um medo por

muito tempo, eu não vou dizer que não é um medo hoje em dia, mas eu acho que com o meu conhecimento, com o tempo eu fui entendendo que é possível, a gente consegue fazer tudo que a gente quiser.

Então, eu trouxe aqui um relato bem pessoal mesmo da minha experiência com a medicalização. A minha intenção não é, mais uma vez, trazer um relato técnico ou demonizar qualquer tipo de medicação e intervenção. Eu quis trazer o meu olhar crítico para a gente ter uma visão um pouco mais crítica sobre isso e também ter uma reflexão sobre. Eu tive um período, principalmente o meu período inicial da medicação, eu fui medicada de uma maneira muito intensa e por um longo período de tempo, inclusive com o benzodiazepínico, que é o tarja preta, por um período que não é recomendado. Isso eu fui descobrir só depois, portanto, eu não sou especialista da área. Então, teve um preço na minha saúde mental, na minha saúde física.

Essa experiência negativa me abalou muito, abalou toda a minha confiança nos profissionais, me fez questionar então, poxa, eu já estava na Faculdade, eu já tinha conhecimento, eu não era uma pessoa totalmente leiga, então se eu tive esse problema todo imagine uma pessoa que vai confiar cegamente no profissional porque a gente acredita que está num local seguro. Então, será que estava alguma coisa errada? O que será que tinha acontecido?

Eu trouxe aqui uma linha do tempo de como eu fui me entendendo ali nessa área, mas da medicação mesmo. Isso é lá em 2021, eu estava fazendo acompanhamento com o meu psicólogo e ele me trouxe o ponto de que talvez eu tivesse, precisasse de uma intervenção psiquiátrica, eu precisasse do auxílio de um remédio. Isso foi muito conversado. Por eu ser da área, vocês devem pensar, nossa então eu entendi muito bem, porque eu sempre falo como a gente não consegue lidar com tudo sozinha, eu não lidei com isso muito bem. Eu achei que precisava lidar com tudo sozinha. E isso é uma falácia que a gente tem. Mas em um momento também, hoje eu não tenho muito dinheiro, mas na época eu era estagiária então tinha menos dinheiro ainda, e aí eu não tinha dinheiro para fazer acompanhamento psiquiátrico todo mês. Então eu procurei um plano de saúde

que fosse acessível para mim, bem baratinho. E eu fui no psicólogo, no psiquiatra que tinha ali no plano.

Não é uma questão com os psiquiatras do plano, mas eu fui no que eu podia ir. E aí ele me receitou primeiramente limbitrol, que é uma medicação com benzodiazepínico, paroxetina, eu tomava dois comprimidos por dia de cada um. E foi muito estranho, sabe? De início ele tinha umas falas muito esquisitas, eu vou falar um pouco mais para frente, e um pouco depois eu cheguei com uma questão de ‘ah, eu estou não com uma dificuldade para dormir, mas uma questão de ansiedade maior na hora do sono’, e ele me tacou mais remédio, ele falava para eu tomar neuleptil, outra medicação. Então eu estava ali, no auge dos meus 22 anos tomando quatro comprimidos por dia, cinco gotas de remédio. E, assim, eu estava anestesiada. Só que num primeiro momento, parecia que fazia sentido porque eu vivia com ansiedade todos os dias da minha vida. Eu vivia com sintomas depressivos todos os dias de minha vida.

Então, no momento que eu não sentia o meu coração acelerar parecia maravilhoso. Isso parecia que fazia muito sentido. Só que com o tempo isso foi mudando. E cada vez que eu ia numa consulta com ele, eu me questionava o que eu estava fazendo naquele lugar. Porque não fazia muito sentido a postura dele. Ali, em 2022, eu comecei a investigar também, recebi o diagnóstico de fibromialgia com uma reumatologista, onde ela fez a... não tinha o exame, então ela fez a investigação clínica e entendeu que os meus sintomas batiam com os sintomas de fibromialgia. Comecei a tomar a pregabalina, que era medicação anticonvulsivante, que era feita para fibromialgia, comecei a me adaptar e também fiquei ali, ‘poxa, será que a postura desse médico é a melhor que tem ou talvez eu devesse procurar um outro profissional?’. E aí foi quando eu fui atrás de um outro profissional, no momento que eu falei que eu estava um ano tomando o limbitrol, ela abriu o olho e ficou, ‘meu Deus do céu! Como assim?’. E aí foi quando eu tive o baque de que talvez eu estivesse sofrendo uma agressão médica na saúde.

Ele estava interferindo ali na minha vida de maneira muito agressiva e eu não tinha muita noção dos danos que isso podia me dar. Eu fiz ali a transição para uma outra medicação, eu comecei a tomar a sertralina, naquele momento que eu saí daquele estágio

de anestesiada e senti que eu estava muito mal, para começar a sentir as coisas um pouco melhor. E aquilo fez sentido para mim naquele momento. Passou algum tempinho, eu... também esta psiquiatra, ela não era tão absurda que nem o outro psiquiatra porque ele realmente era muito fora da curva, mas ela também era uma psiquiatra mais fria, ela não tinha, ela não me passava uma segurança. E era um assunto muito sensível. Um paciente quando ele chega falando que ele tem depressão ou que ele tem sintomas ansiosos, que ele tem sentimentos ruins a vida toda, você precisa dar uma atenção, você precisa sentir uma empatia. Você está falando ali de uma coisa muito sensível para você. E não tinha este vínculo. Óbvio que ela não me agredia como o outro, mas também não era algo que me dava uma segurança.

Em 2023 eu tive um divisor de água. Eu encontrei, eu tive, eu encontrei uma agulha no palheiro, eu encontrei um psiquiatra, desculpe se tem algum psiquiatra aqui gente, mas... perdão, é que realmente encontrei uma psiquiatra que me via de uma maneira muito humana. E, assim, ela me viu como uma pessoa. Ela falou comigo como uma pessoa. Ela perguntou da minha vida, ela me ouviu. E, assim, eu achei que isso não era possível porque ela falou comigo e ali a gente começou um tratamento onde eu já estava ali num primeiro momento, é isso, a medicação ela foi um bom momento, mas ela começou a me dar aquela apatia muito grande. A gente conversou, viu os prós e contras, ela no primeiro momento já teve uma postura muito desmedicalizante, ela falou, ‘não acho que você tem de tomar este remédio para o resto da vida. Você... sentir faz parte da vida’. Então, isso para mim fez muita diferença.

Ela me acolheu, ela se lamentou pelas experiências que eu tive anteriores e ela falou que eu podia confiar nela. Então ali a gente fez uma troca para uma medicação e a minha qualidade de vida melhorou muito. Ali realmente eu comecei a sentir as coisas. Sentia tristeza, sentia felicidade, sentia alegria, sentia ansiedade, mas era de uma maneira que não me agredia, que não me incapacitava. Indo para 2025 eu início o processo de desmame, eu já estava numa estabilidade com as minhas crises, eu estava num momento da vida que fazia sentido. Desde o início a minha médica falava do desmame e a gente foi tentando. Ela falou, ‘não é pra sempre. Se você precisar em algum momento você vai

voltar e não é...’, ela sempre estava me dizendo que não é uma vitória ou derrota precisar voltar para o remédio.

Até que, mais rápido do que eu imaginei, eu tive uma questão pessoal muito grande onde eu tive uma das maiores crises depressivas que eu experimentei. Eu achei que eu já tinha experimentado, mas o destino me pregou uma peça. E eu tive mais uma vez me colocar no local que eu não consigo sozinha. E não porque, a gente consegue muitas coisas sem medicação, mas naquele momento eu estava realmente num sofrimento muito grande. E eu tinha uma confiança nessa minha médica. Eu sabia que ela não ia me dopar. E quando eu falei com ela, falei que eu realmente estava, eu me senti triste porque eu tinha feito o desmame há muito pouco tempo, eu estava me sentindo no meio da ... aí ela falou... será que é por conta do desmame que eu fiquei, eu estou sem medicação então eu fiquei assim mal. Ela falou, ‘não Ingrid, você está... foi por conta da vida. A vida... não foi um sintoma de ficar sem medicação, óbvio que a medicação talvez estaria te auxiliando, mas você teve um sintoma da vida, você teve uma adversidade na sua vida que foi muito intensa para você. Isso não é um demérito de todo o trabalho que a gente teve e não é um demérito você voltar para a medicação’.

E além de voltar eu tive que aumentar um pouco a dose. E aí foi uma questão muito difícil para mim porque quando a gente estava ali falando, tentando entender o que era melhor, eu falei que realmente com a dose que eu estava ali há um tempinho eu não conseguia fazer além do básico. E eu senti que eu precisava desse empurrão para conseguir fazer as minhas coisas para mim e depois voltar. Foi quando eu falei, ‘eu acho que você não vai me dar uma medicação que eu não precise, que você sinta que não faça sentido entre os prós e contras’. Foi isso que ela falou.

Então, eu expus aqui uma grande aula de psicofarmacologia própria porque eu não sei muito bem sobre as medicações. Mas o que eu quero dizer sobre isso? A gente tem altos e baixos em relação a vida, ela é feita de muitas questões. Isso significa que as minhas vitórias são por conta da medicação? Não. E as minhas vitórias são menores por conta que eu tenho acompanhamento com psiquiatra? Também não. A medicação não é

para... ela é para ser um apoio, um auxílio. Ela não trata a raiz do problema, ela te apoia, te ajuda, ela é uma muleta para você conseguir chegar ali.

E aí eu trouxe aqui, fiz algumas pesquisas, não, mais uma vez, eu não sou uma especialista na medicação, da psicofarmacologia, fugi um pouco da aula do Marcos ali na Faculdade, deu aula na pós, então eu não consegui fugir muito bem, mas algumas coisas que eu fui entendendo com outros médicos, com outros profissionais é: como aquilo pode ter me afetado? Depois disso, eu comecei a ter algumas questões que eu não tenho a fundo sabendo que é por conta da medicação, mas eu tive algumas questões que a gente investiga e tem uma suspeita de que possa ter sido um resultado. A do uso excessivo. Esse medicamento que eu tomava era um benzodiazepínico, não sei falar este nome, mas ele também é uma mistura e que não era recomendado eu tomar por muito tempo. Então, porque ele podia levar a uma dependência um pouco maior, ele tinha um risco de abstinência maior, principalmente por mais tempo, maior quantidade de doses. E ele tinha o risco também de comprometimento da memória, do cognitivo. Significa que é um remédio horrível, que ninguém deve tomar? Claro que não. Mas isso não me foi colocado de maneira clara, eu não tinha consciência dos riscos. Eu estava ali numa situação de sofrimento e nesse momento que ele me diz, ‘ah, seu sofrimento pode acabar com isso aqui, eu sou médico, eu sei o que eu estou fazendo’. Então eu achei que isso talvez possa ter me comprometido muito.

Outro remédio que eu tomava foi, esse quando eu falei que não estava dormindo muito bem, era o... eu descobri na verdade na pesquisa que era um antipsicótico, eu não sabia, ainda. ‘Você podia ter lido a bula, ter lido a bula’. Mas uma questão, eu estava ali num local onde eu estava confiando, eu tive alguns sintomas que eu achei curiosos porque durante o tratamento com ele, eu já tinha descoberto a fibromialgia, falei para ele, e uma questão da rigidez. E em nenhum momento ele falou, ‘eu acho que isso não seja muito bom para a sua fibra, não é algo que vai te ajudar’. Mas ele em nenhum momento fez essa ligação com as outras partes da minha vida. Outro sintoma foi a queda de pressão, como um exemplo. Eu sempre tive pressão baixa, a minha pressão caía muito rápido, ele nunca me perguntou do meu histórico médico, nunca foi investigar como é que estava a minha saúde.

Então, foi algo que assim, são muitos erros num profissional só e são muitos erros numa caminhada. Então, eu trouxe aqui uma das icônicas frases que ele disse que eu não preciso de terapia, que isso não resolve nada, se eu estivesse ansiosa ele poderia aumentar a minha dose. Ele já sabia que eu era estudante de psicologia, mas ele não se importava muito bem com isso.

Então, tá bom. A gente tem que abolir o medicamento e eles não servem para nada? Eles vão acabar com a sua vida? Não, gente. Não é assim. E o que a gente pode fazer de fato, o que seria uma redução de danos na prática, a gente como, talvez usuário da medicação necessária, ou como um profissional? A gente precisa pensar os prós e contras, a informação. Primeira coisa, informação e autonomia. O paciente ele tem o direito de saber o que está acontecendo no corpo dele. Saber como o remédio age, de quais efeitos ele pode esperar, de como identificar uma reação para ele saber como proceder e ele também se ele quiser parar o corpo é dele, ele que vai lidar com todos os prós e contras, ele vai lidar com o que está acontecendo. Então, ele tem o direito de ter consciência e ter autonomia sobre o próprio corpo.

O planejamento. A gente... isso não existe no tratamento. A gente ter um planejamento. A gente prescrever sem objetivo a gente não alcança a raiz. Eu tive... eu tenho ansiedade, mas de onde vem essa ansiedade? A gente pode diminuir os sintomas ansiosos. Mas a gente não trata a causa? Se a gente não investiga a causa, aqui não vai embora. Aqui é só um sintoma, não é o problema. Ter o senso crítico no uso dessa medicação. É usar como suporte, não como silenciamento. Mais uma vez, é uma responsabilidade. A gente... o sintoma é um reflexo, ele não é o problema de fato, ele não é a questão que a gente está lidando. E empatia, a gente está lidando com pessoas. A redução de danos ali também é afetiva. É olhar para o paciente, não é olhar para a receita. Quem é aquela pessoa que está na sua frente com questões tão intensas, tão internas delas? Como eu posso lidar com isso? Quem é essa pessoa? Para onde ela vai? Porque você vai fechar o seu consultório e ela vai viver a vida dela. E, assim, você vai ter vários pacientes. Seja como psicólogo, seja como psiquiatra, seja como nutricionista, e não só prescrevendo, mas também tendo essa noção o que que é, o que que isso pode causar na vida dessa pessoa.

Então, assim, eu trouxe aqui uma reflexão de lidar com o transtorno sem medicação, ele não é um motivo para você se vangloriar já, 'eu consigo porque sou melhor que você e lido com ansiedade sem o medicamento'. E você usar a medicação ela também não é um motivo para você ter vergonha. Então, acho que é muito sobre isso. Quando a gente pensa o que que eu posso fazer com esse paciente, com essa pessoa para além de tudo. Porque quando a gente pensa na prática, um exemplo, o dano de um suicídio ele é muito maior do que o efeito colateral de um remédio adequado e utilizado com responsabilidade. Toda receita, todo remédio têm efeito. Dipirona você vai tomar, tem um efeito. Mas tem que entender que faz sentido naquele momento para aquela pessoa por aquele momento que ela está vivendo.

E esse trajeto, essa história, ela é feita com tentativas, erros, acertos e recomeços. Nem sempre vai ser na primeira vez, a primeira medicação é a melhor... eu falei aqui, achei interessante trazer estes exemplos meus, pessoais, porque assim, não sou especialista na área, mas eu fui adequando, eu fui entendendo, junto com uma médica que eu tinha uma confiança, o que foi melhor para mim foi a tentativa e erro. A gente tem ali a literatura para auxiliar, mas a gente também não sabe, a gente não vê o futuro, a gente não sabe como aquela pessoa vai reagir. E se, naquele momento, como ela vai reagir a longo prazo.

E, assim, na busca do alívio ali, gente eu vivia com ansiedade, com palpitações o dia inteiro. No momento que eu não senti isso, aquilo era um nirvana para mim. Então, não sentir... entre sentir ansiedade e não sentir nada, sentir nada parecia ser uma boa opção. Só que não era. Com o tempo eu fui entendendo isso. E ter uma recaída, eu falei aqui sobre altos e baixos, ter uma recaída não é sinal de fraqueza, era sinal que eu sou uma pessoa. Eu só posso ter uma recaída se eu estiver viva. Então, enquanto eu estiver viva eu posso recomeçar, enquanto todo mundo estiver vivo pode recomeçar quantas vezes for necessário. E às vezes esse erro, seja ele um erro profissional, seja um erro nosso, seja um erro da vida mesmo, ele também ensina. Ele mostra os limites de uma pressa, talvez, uma confiança cega. Qual é a lógica que ainda atravessa a gente muito?

Então, são muitas questões que a gente tem que olhar com humildade também. Com... a gente não sabe tudo, a gente não é Deus, a gente não é especialista do mundo. Todo mundo vai ter uma questão de tentar. Então quando a gente pensa em práticas desmedicalizantes, para mim acima de tudo, elas são práticas de humanidade, a gente precisa ter uma reflexão crítica, que não tem uma resposta rápida para problemas complexos. Não é um medicamento que vai resolver um problema médico talvez. Também seja um problema social e político. Eu não vou falar para uma mãe que perdeu seu filho, para o Estado, que a depressão dela é resultado de um desequilíbrio químico. Eu não vou falar para uma pessoa que tem insegurança alimentar que a ansiedade dela é um desequilíbrio químico. A ansiedade dela vem de um local, problema social. E problema social ele não é curado com medicação. Ele é com política pública, com apoio, com ações efetivas.

Então, assim. Tá, falei um monte de coisa e o que a gente pode ser responsável nisso, como a gente pode ajudar nesses casos? Ter uma noção de psicofármacos, eu já falei, brinquei que eu falei que eu fugi um pouco da aula na Faculdade, mas eu vi como era importante para mim. Tanto para eu, pessoa, usuária da medicação, quanto no meu trabalho como psicóloga, quando meus pacientes chegam e falam que começaram uma medicação, eu vou dar uma pesquisada, eu tento entender como funciona para a gente ter uma troca. É importante que todos os profissionais da saúde tenham uma noção do que é um psicofármaco. E não sobre ser um especialista, porque tem os especialistas para isso. Mas é sobre ter, saber de um sinal de alerta ali.

O meu psicólogo, por exemplo, na época estava aprendendo tanto quanto eu também. Então ele não teve esse olhar mais crítico sobre ‘poxa, eu acho que está acontecendo alguma coisa aqui’. Acho que não está indo para um lugar legal e alertar antes. A gente foi ver isso muito depois. E não colocando uma culpa nele, é uma culpa sistêmica, uma culpa porque a gente não está acostumada a isso. A gente está... então, o trabalho do médico é o trabalho do médico, o trabalho do nutricionista é do nutricionista, o do psicólogo... e realmente a gente precisa saber dialogar com outras áreas. E também em questionar quando é necessário. Não é um poder supremo, não é um poder maior. Todo mundo precisa ser questionado. Repensar o cuidado, antes de tudo a gente precisa

ouvir, ouvir com tempo, com paciência, com presença. A gente precisa ter uma responsabilidade ética quando...

É isso. Não é uma questão química para ser corrigida. Às vezes a gente pode impor uma coisa, a gente pode propor... a gente precisa ouvir a pessoa, o que ela quer? Como ela se vê? Como é a vida dela? Quem é essa pessoa? Quais são os sonhos dela? Então, quando a gente pensa na redução de danos, é com cuidado, é com ética, é com interdisciplinaridade. E, antes de tudo, o paciente. Uma brincadeira de palavras, porque além da paciência a gente também é paciente. Não dá para falar de cuidado sem reconhecer que a gente também adocece. Tanto mentalmente quanto fisicamente, a gente precisa de ajuda. A gente... às vezes a gente fica com uma sobrecarga muito grande, lida com questões muito pesadas no dia a dia. Às vezes eu atendia e depois eu estava falando, 'nossa, eu chego a estar tonta, porque cada uma me trouxe uma questão que me atravessou muito, foi muito intenso...'. Então, é um trabalho intenso.

Vocês podem falar: 'você é psicóloga, você pode atender dez pacientes por dia, você vai ganhar 15 mil'. Você sabe o que é acompanhar dez pacientes por dia? Você tem noção da carga que é atender dez pacientes por dia? Não é um trabalho onde você abre uma planilha e, assim, eu trabalho também com planilha e sei como é, às vezes eu só quero atender, muitas vezes eu só quero preencher uma planilha porque te suga muito. Eu fico muito feliz e muito realizada fazendo o que eu faço, mas me atravessa em muitos momentos. Então, a gente precisa se cuidar, a gente não pode negligenciar esta parte porque a gente está se beneficiando também, buscando supervisão, terapia, formação contínua, reconhecendo os próprios limites de falar, 'aqui eu não consigo'. E isso não é um demérito. Isso na verdade é uma postura muito bonita, é uma postura muito ética que a gente precisa ter. Quanto mais profissionais tiverem esta postura, menos danos a gente vai ter.

Então, quando eu olho para esse caminho eu vejo que esse processo foi construído através de muito aprendizado, aprendizado duro, em muitos momentos eu queria ter aprendido menos, eu vou ser sincera, mas também foi um aprendizado muito libertador. Eu tenho que cuidar da mente e do corpo, é um processo contínuo. Ele não é uma linha de

chegada, é um processo. E esse processo pode ser feito, refeito, repensado quantas vezes forem necessários.

E queria... hoje eu trabalho com psicologia. Eu tenho um Instagram onde eu posto algumas coisinhas, ele está um pouco parado porque eu estava me cuidando, mas eu acho muito interessante me colocar aqui como uma pessoa. Fico feliz pelo espaço, queria agradecer, espero não ter me enrolado tanto, falado muita besteira, mas me sinto feliz. E é isso gente. Obrigada. Aqui está o meu contato.

ALEXANDER RAMALHO

Ingrid, nós que agradecemos por você poder estar aqui, poder falar da sua experiência, da sua vivência... Quando a gente tem uma Mesa sobre protagonismo, ela precisa ser de fato uma Mesa de protagonismo. Não pode estar lá só o nome na Mesa. É importante quem vivência, quem experimenta essa relação com a medicação, com o sofrimento, com a dor, com o estigma, possa dizer sobre isso. E você foi excelente. Obrigado. Vou passar para o Edvaldo agora e depois eu vou fazer os comentários. Vai lá, Ed.

EDVALDO NABUCO

Bom dia a todos e todas. Queria agradecer o convite, agradecer ao Paulo Amarante, um grande amigo, professor, mestre, agradecer também a toda a equipe do LAPS que sempre dá um suporte muito grande para a gente poder ter espaços como esse. Bom, eu sou militante da Luta Antimanicomial desde 1997. Eu entrei para a saúde mental em 1996 e que marcou uma ruptura na minha vida.

Eu sou aqui do Rio de Janeiro, saí do Rio de Janeiro muito novo, com sete anos de idade, fui morar no município de Valença, interior do Estado do Rio. E lá no município de Valença eu era uma pessoa que fazia muito esporte, me dedicava muito ao esporte, fui jogador de futebol, fiz teste para ser jogador profissional no Bangu e no

Fluminense, fazia natação, fiz um pouco de karatê. Eu era uma criança muito ativa, um adolescente muito ativo, muito participativo. Eu estudava, estudei em escola pública a minha vida inteira. E depois da escola pública era para eu ter entrado na Faculdade com 16 anos de idade, mas eu repeti um ano no colegial e entrei para a Faculdade com 17 anos.

Eu fui fazer Faculdade de Jornalismo em Barra Mansa na Universidade, Centro Universitário de Barra Mansa, SOBEU, e a partir dali eu já comecei a trabalhar porque o meu pai, ele era funcionário do Banco do Brasil, mas ele era do quadro da portaria, ele dizia que não era alto escalão, era do quadro da portaria. E ele tinha quatro filhos. Minha irmã mais velha estava fazendo Faculdade, eu estava fazendo... estava iniciando a Faculdade, tinha uma irmã mais nova que fazia um cursinho pré-vestibular para entrar na Faculdade. Então os custos que o meu pai tinha... tinha uma outra irmã que parou de estudar, mas já trabalhava, os custos que meu pai teria seriam muito altos para bancar tudo isso. Então eu precisei trabalhar muito cedo. E com 17 anos eu comecei a trabalhar.

E eu comecei a trabalhar naquela experiência de Volta Redonda, isso foi em 1985, 1986, por aí. Então eu comecei a trabalhar em Volta Redonda e na cidade de Volta Redonda tinha um movimento sindical muito forte porque lá tinha a Companhia Siderúrgica Nacional que depois quando entrou o Governo Collor de Mello, Fernando Collor de Mello, que implantou o neoliberalismo no Brasil, ele começou a privatizar, fazer uma série de privatizações e o setor siderúrgico foi o primeiro setor que começou a ser privatizado porque era preciso quebrar a coluna dorsal do movimento sindical para poder implantar o neoliberalismo no Brasil.

Então, teve uma resistência muito grande do sindicato dos metalúrgicos de Volta Redonda e eu, com meus 17, 18 anos, acompanhei aquela movimentação toda. Várias pessoas importantes foram a Volta Redonda. Leonel Brizola quando era vivo esteve em Volta Redonda, Luís Inácio Lula da Silva, e eu acompanhando aquele movimento todo. Depois a CSN foi privatizada, aconteceram várias dificuldades na cidade e eu terminei a minha Faculdade. Terminei a minha Faculdade e fui para Valença trabalhar no Jornal O Dia. E eu sofri uma violência muito grande. Sofri uma violência muito grande, sofri uma

tentativa de assassinato e comecei a ter crises, comecei a ter crises, fiquei dois anos tendo crises, minha família não sabia lidar com essa situação que eu enfrentei, então eu resolvi sair de Valença e voltei para o Rio para morar com a minha família aqui em Jacarepaguá.

Mas, mesmo aqui eu continuei tendo crises. Eu não conseguia dormir, tinha mania de perseguição, achava que as pessoas estavam me perseguindo. Então, foi um momento muito difícil para mim e para a minha família porque mudou a minha vida toda. Uma pessoa que era muito ativa, fazia esportes, estudava e de repente estava vivendo uma situação destas. E minha família, sem saber o que fazer, resolveu me internar no Instituto Philippe Pinel. E, a partir desta internação, eu comecei a fazer uso da medicação. Tinha uma combinação clássica que os médicos davam que era assim, o haldol, fenergan e akineton [biperideno]. Era uma mistura clássica. Você tomava o haldol, o haldol podia impregnar a pessoa e para não impregnar você tomava o fenergan, e o akineton eu tomava de manhã cedo porque eu acordava muito sonolento. Então para despertar um pouco mais eu tomava o akineton.

E eu fiquei tomando esta medicação por um bom tempo. Mas aí teve um dia, eu estava indo para o Clube da Esquina, que era um espaço de convivência criado aqui no Rio pela senhora Denise Correa. A gente ia para lá no sábado e fazia atividades culturais, passeios... então teve uma vez eu estava indo para o Clube da Esquina eu tive uma impregnação. Porque eu confundi a medicação, tomei a medicação errada, eu tive uma impregnação. E a impregnação é uma coisa muito ruim porque é como se os músculos ficassem tesos, ficassem retidos, então é uma experiência muito ruim. Esse foi o meu primeiro, a minha primeira dificuldade com a medicação.

Uma segunda... eu conversei com o meu médico e ele... antes de conversar com o meu médico eu tive uma segunda questão com a medicação porque eu conheci uma mulher que era cozinheira do Instituto Philippe Pinel, a gente começou a namorar e quando a gente saiu eu perguntei para ela, ‘você quer beber o que?’. E ela, ‘eu quero beber uma cerveja’. E eu peguei pensei, ‘poxa, e eu como vou fazer, vou beber a cerveja com a medicação’. Então eu conversei com o meu médico, depois eu conversei com o meu médico, ele era da reforma psiquiátrica, da luta antimanicomial, e ele me falou o

seguinte. Ele me falou que práticas esportivas ajudavam a controlar os efeitos da medicação. Então eu voltei a caminhar, eu morava no Flamengo então caminhava na Praia de Botafogo, voltei a nadar e comecei a controlar os efeitos da medicação. E nisso eu fui reduzindo a minha medicação.

E quando eu achei que eu estava mais estabilizado eu resolvi voltar a fazer Faculdade. Eu abandonei o jornalismo e voltei a fazer Faculdade. E comecei a trabalhar em um projeto de tv comunitária chamado TV Pinel, que era uma tv comunitária do Instituto Philippe Pinel que trabalhava em algumas frentes como a democratização da comunicação, tinha um movimento muito forte pela democratização da comunicação aqui no Brasil, na década de 1990. Trabalhava com a interface com a área da cultura e com a reforma psiquiátrica. Então, eu comecei a fazer Faculdade, trabalhar na TV Pinel e fui controlando os efeitos da medicação.

E eu fui reduzindo, fui reduzindo a medicação até que em um determinado momento eu parei de tomar a medicação, acabei parando de tomar a medicação. Só que depois eu tive alguns problemas, eu era militante da luta antimanicomial e aqui tinha uma discussão muito séria sobre terceirização. Então era um ambiente muito hostil, de muita disputa e eu tive uma crise e nesta crise o meu médico aconselhou que eu voltasse a tomar a medicação. Eu voltei a tomar a medicação e depois eu resolvi sair da TV Pinel e vim trabalhar aqui com o Professor Paulo Amarante, no Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. E aqui a gente fazia várias atividades de militância, de pesquisa e eu novamente consegui controlar os efeitos da medicação e fui retirando a medicação.

Eu perdi a minha mãe neste período que eu estava na TV Pinel, eu perdi a minha mãe e fiquei em um momento muito difícil, de grana, então resolvi tentar o Mestrado. Eu fiz o Mestrado, passei. Eu fiz cinco tentativas, depois passei na última, fui fazer Mestrado na UNIRIO, em Memória Social, trabalhando a participação social dos usuários da luta antimanicomial na reforma psiquiátrica. Participação através da memória dos usuários porque era uma memória que saía de uma memória marcada pela violência e tortura para uma memória marcada pela militância política. Então eu fui estudar na UNIRIO e nesse

período que eu estava na UNIRIO eu consegui, eu ganhei uma bolsa de estudos da Fundação Ford, que dava bolsas para estudantes negros, indígenas e mulheres. Eu ganhei uma bolsa da Fundação Ford e nesse período que eu estava na UNIRIO eu fui estudar na Universidade de Coimbra com o Professor Boaventura de Sousa Santos.

Foi uma experiência muito rica, conheci Portugal, um país muito bonito que eu guardo de coração. E aí eu tive mais uma vez o problema com a medicação porque eu estava em um outro lugar, eu fiquei um pouco ansioso e eu estava sem medicação, eu estava sem medicação em Portugal. Aí uma amiga minha que me ajudou muito, era professora na Universidade de Coimbra, amiga de uma senhora chamada Doralice Araújo que foi quem criou a TV Pinel, essa professora da Universidade de Coimbra ela veio ao Brasil, conversou com uma médica amiga minha e levou a medicação para mim lá em Coimbra. Então eu consegui me estabilizar, fiquei um período lá de cinco meses, fiz o trabalho que eu precisava fazer e voltei para o Brasil.

Só que quando eu voltei para o Brasil a minha vida aqui estava muito bagunçada. Eu acabei me separando da minha ex-esposa, eu já estava casado nessa época, acabei me separando da minha ex-esposa e fiquei sem trabalho, defendi a minha dissertação, fiquei sem trabalho e precisei voltar para o município de Valença onde meus pais moravam e onde eu sofri a violência quando trabalhava no Jornal O Dia. E eu precisei fazer uso de medicação novamente. Precisei fazer uso de medicação e comecei a fazer uso da quetiapina. Eu lembro que eu tomei a quetiapina um dia para experimentar, para ver o efeito que ela fazia, eu tomei quatro horas da tarde e eu fui acordar duas horas da madrugada na mesma posição que eu tinha dormido. Então era um efeito muito forte e eu precisei aprender os efeitos da medicação para poder controlar a minha vida. Para poder ter um controle da minha própria vida.

Então eu tomava a medicação de noite para poder dormir bem para poder conseguir fazer as minhas atividades de trabalho, de estudo e de militância. E comecei a controlar a minha vida novamente. E nesse período que eu estava em Valença, eu voltei a trabalhar na FIOCRUZ, no LAPS, com o Projeto Memória da Reforma Psiquiátrica no Brasil, aí a medicação foi sendo reduzida até que eu parei novamente com a medicação.

Parei novamente com a medicação e nesse período eu perdi o meu pai, em 2017 eu perdi o meu pai, perdi o meu pai e enfrentei uma outra violência lá no município de Valença. Porque as pessoas lá não tinham conhecimento sobre a reforma psiquiátrica e achavam que quem fazia tratamento psiquiátrico tinha que ser tutelado. E eu não aceitava ser tutelado, não aceitava ser tutelado. E eram pessoas ligadas à religião, evangélicos, católicos, pessoas que queriam me tutelar e eu não aceitava ser tutelado. Então eu enfrentei uma situação muito grande. Eu precisei responder um processo na Justiça e quando eu fui procurar a minha médica, a minha médica fez com que eu fizesse novamente o uso da medicação.

Então, entrei na medicação novamente e comecei tomar quetiapina. Eu respondi o processo que eu tive lá em Valença e voltei para o Rio. Voltei para o Rio, resolvi parar com a medicação novamente, eu parei com a medicação, fiquei aqui pelo Rio procurando trabalho, fazendo militância, até que me aconselharam a procurar o CAPS, o CAPS Franco Basaglia. E o CAPS Franco Basaglia, quando eu procurei o CAPS eu fiz uma entrevista com a médica e ela novamente me colocou na medicação. Tem uma crítica que uma doutoranda, ela fez a pesquisa dela, ela faz a crítica que muitas vezes o CAPS, como resposta a uma pessoa que procura, a resposta é sempre medicação. Você entra no CAPS, você vai fazer a entrevista para a pessoa saber o que você está passando, a resposta que a gente recebe sempre é a medicação.

Eu comecei a fazer uso da medicação, comecei a fazer uso de olanzapina. E a médica queria que eu tomasse 20 miligramas de olanzapina. Dez... eu fui experimentar para eu entender o efeito da medicação em mim, dez miligramas já me deixavam muito sonolento. Então, eu falei assim, 'eu não vou tomar 20 miligramas de olanzapina porque eu acho que é muita coisa para mim'. Então, eu comecei a tentar controlar, voltei a fazer as minhas atividades esportivas, eu nado na Praia Vermelha, na Urca, eu faço as minhas caminhadas no Aterro, agora eu estou morando na Tijuca eu faço as minhas caminhadas na Praça Afonso Pena e procuro fazer um controle da medicação para não deixar que isso acabe com a minha vida.

Então, se eu saio e quero tomar uma cerveja, eu tomo uma cerveja, eu tiro um dia. E nesse período que eu comecei a fazer depois um controle melhor sobre a medicação, eu consegui entrar para o Doutorado na UFRJ, no Programa de Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, EICOS, da UFRJ, e estou estudando o Programa Suporte de Pares. O Professor Robert disse ali da Casa Soteria, então são experiências que a gente tem que aprender e o Suporte de Pares é uma experiência, assim, que tem dado muitos resultados para as pessoas. O Rio de Janeiro é o município onde o programa foi implantado pela Prefeitura Municipal do Rio. É o programa integral e já tem cerca de 30 trabalhadores do programa suporte de pares.

Então, a minha relação com a medicação sempre foi essa. Eu tive como resposta a situações que eu enfrentei, situações da vida, de violência, eu tive como resposta sempre a prescrição de medicamentos. E eu estou nessa luta. Eu consigo controlar a medicação que eu tomo, eu consigo ter um controle da minha vida, mas sempre nessa tendência de ir tirando e esse retirar, o desmame, a retirada dessas drogas psiquiátricas é muito difícil. Mas eu não posso deixar a minha vida parar porque eu não sou rico, eu preciso trabalhar, eu recebo o LOAS que é um salário, não dá para a gente fazer muita coisa e eu não posso deixar que a medicação tome espaço maior do que a vida que eu quero ter para mim.

Era um pouco esse relato que eu queria trazer aqui só para compartilhar com vocês a minha experiência nesse confronto com a medicação. Obrigado.

ALEXANDER RAMALHO

Obrigado, Edvaldo. Importante também a sua fala. Eu fiz algumas considerações aqui também nas duas falas. Eu vou começar pela Ingrid. Importante quando a gente fala da relação do protagonismo assim e acho que vocês apontaram bastante, você poder escolher o que você quer. Que tratamento, qual o remédio que você toma, onde você vai fazer, quais são os efeitos e você está brigando por isso até hoje e continuar avançando. Acho importante nessa tua colocação. Também o relato do vínculo no acompanhamento, na mudança de profissional e a partir dessa mudança você se identifica melhor com uma

outra pessoa do mesmo gênero, inclusive, que eu acho que tem uma relação importante aí. Para muitos de nós isso não é possível muitas vezes. O direito à informação e a escolha do tratamento.

E aí eu fiquei pensando também, Ingrid, quando você aponta para essas questões em relação ao lugar do psiquiatra, o quanto hoje a nossa rede pública tem muita dificuldade. Eu não sou psiquiatra, eu sou enfermeiro, mas trabalho com vários e escuto relatos de atendimento e avaliações de 15 minutos, com sorte. Então também tem isso, como fazer a escolha, como pensar na desmedicalização, como pensar em práticas de um cuidado adequado com a população se o principal é a quantidade de atendimentos que você vai ter e não no que você está atendendo. E não estou dizendo a partir dos colegas psiquiatras, mas sim do modelo do sistema. Sim, não é diferente, para a maioria dos profissionais hoje o mais importante é a quantidade da meta a ser batida do que o efeito do trabalho que se está realizando com a pessoa. Fruto do que o Ed aponta aí do neoliberalismo.

O Ed também traz esta discussão quando ele fala da experiência de vida dele, também da escolha do tratamento, da opção por tomar ou não a medicação e entender quando for necessário... é interessante que nós estamos em 2025 e isso precisa ser reafirmado, o quanto estranho é isso, você ainda precisar reafirmar que você enquanto sujeito de direito pode escolher o que você vai fazer com a sua vida. É estranho. Precisamos estranhar isso o tempo todo.

Acho importante também, Ed, quando você fala do seu lugar de suporte, onde você busca o seu lugar de suporte. Seja no LAPS, seja com amigos, com colegas, seja na TV Pínel. Os lugares possíveis de suporte que você escolheu. Ninguém te disse o que que era, você encontrou estes lugares. E a questão do estudo, da formação, da memória. É importante pensar nessa relação da memória e ressignificar a vida como todos nós. Somos iguais, diferentes, iguais, diferentes. Diferentes ou iguais, somos pessoas. E pessoas precisam de memória, de lembrança, de afeto. De vez em quando remédio.

E queria trazer, quando Paulo me pediu para fazer essa moderação aqui na Mesa, fiquei pensando, ‘mas o que eu posso trazer de contribuição nesse lugar de

coordenação?’. E eu lembrei de uma experiência que eu tive há oito anos. Uma experiência de desmedicalização mas colocada e apresentada por uma usuária. Porque ela chega no atendimento e diz para mim assim, ‘Você é médico?’. ‘Não.’. ‘Ah, que se você for médico eu vou embora agora, porque você vai querer me passar remédio’. ‘Que bom que eu não sou médico então’. E aí ela disse, ‘você não é médico então vou sentar e conversar com você’. Então, tá bom. Isso foi numa Universidade privada, num trabalho do Núcleo de Apoio Psicossocial que eu realizei há algum tempo atrás. E nós ficamos em acompanhamento por uns quatro anos.

Ela chegou no segundo período da Universidade, do Curso de Direito, ela fazia Direito, e a demanda para ela ir para esse espaço foi que ela era muito diferente. E ela tinha uma aparência síndrômica. Na verdade, era isso, ela tinha uma aparência síndrômica, ela tinha uma face de doido. E aí o estigma está aí. E aí encaminharam ela para esse suporte. E ela também criava muito caso, por quê? Porque ela reivindicava os direitos dela dentro da Universidade. Era um outro problema grave. Por reivindicar os direitos ela era uma pessoa problemática. Misturou isso tudo e ela chega com este discurso: ‘vou sentar com você para conversar contigo, mas se você falar de remédio para mim eu vou embora’. Eu falei, ‘e agora? O que é que eu faço?’.

Não tem o que fazer, tem que escutar o que ela está ali me dizendo. Não quer falar de remédio, não vamos falar de remédio. ‘Do que você quer falar?’. ‘Quero falar da minha vida, quero falar da minha família, quero falar dos problemas que eu enfrento, quero falar das minhas dificuldades...’. ‘Então é isso aí, vamos falar sobre isso’. E ficamos esse tempo, nesses quase quatro anos, nesse acompanhamento, sem falar de remédios. Mas isso aparece, o remédio aparece. É interessante como o remédio aparece. Acompanhamento semanais, atendimentos semanais, uma relação transferencial aí se estabeleceu nesse processo, ela começou a falar das questões da vida, da família, das dificuldades da filha e que criava a neta, das dificuldades financeiras.

Toda vez que ela tinha que passar pela perícia, ela precisava voltar a tomar remédio. Ela não queria voltar a tomar remédio. Ela dizia que passava pelo psiquiatra, e aí era interessantíssimo, eu sabia quando ela tinha ido na perícia, porque a face dela

mudava, as roupas dela mudavam, ela mudava. Porque ela tinha que se transformar em uma louca. Era essa a fala dela, ‘me transformo em louca para poder passar pela perícia porque se não eu não vou ter o direito de receber o benefício e nesse momento eu não consigo trabalhar. Consigo estudar, mas a dificuldade para trabalhar, eu não consigo’. Estou trazendo isso como um cenário para a gente poder pensar como é que isso, nessas relações que a gente estabelece hoje de suporte. O quanto muitas vezes é cruel e perverso.

E aí ela fala da dificuldade do apoio financeiro, perícia eu já coloquei aqui. Ela teve três tentativas de suicídio nesse período. Nada acontece sem... numa tranquilidade, eu não estou falando de um caso que foi simples, tranquilo, de uma situação simples e tranquila. Foram três tentativas de suicídio. Sabe com quê? Com remédio. Com remédio. As três tentativas de suicídio dela foram com remédio. Uma mulher que não queria tomar remédio tenta se matar... é interessante... tenta se matar com remédio. Tem um peso importante isso. O lugar do remédio para muita gente nessa sociedade. Para ela tinha o lugar da morte. E eu estou dizendo falas dela.

Atualmente ela está formada, se formou em Direito, e ela é corretora, já tentou vender vários apartamentos e casas para mim, não conseguiu, eu não tenho esse dinheiro todo, e abriu a sua própria empresa. Se deu alta. Se deu alta para a vida, sem tomar remédio. Teve uma passagem superinteressante porque num determinado momento ela começou a fazer uma leitura sobre filosofia e começou a buscar outros espaços para pensar a vida dela. E ela foi ler “O Ponto de Mutação”, do Capla. Então os atendimentos eram discutindo “O Ponto de Mutação”, porque ela trazia as questões de “O Ponto de Mutação”. Paulo traz isso no Curso de Especialização, Capla no Curso de Especialização, eu lembrei muito do Paulo quando ela trouxe.

E aí um outro dia ela estava também, chega... ela emagreceu, ela era uma pessoa obesa, ela emagreceu, ela fez questão de fazer atividade física porque ela leu e estudou, igual ao Ed, com o relato do Ed, ela leu e estudou que atividade física faz bem, é melhor do que tomar remédio. Ela começou a fazer atividade física e um dia ela entra na sala e olha, assim, ‘Alex, você está gordo! Você está precisando fazer atividade física’.

E foi isso. Acho que é importante, fiquei pensando o que eu poderia trazer de fato de contribuições... esta experiência de fato é uma experiência interessante. Experiência que marcou a minha prática profissional, marca até hoje, não é à toa que eu estou relatando ela aqui, para a gente poder pensar que de fato é possível outras possibilidades de vida. Vocês estão falando disso, vocês estão falando de outras possibilidades de vida que não a dependência a essa relação medicamentosa. Mas a gente precisa de suporte, a gente precisa que nós profissionais possamos também escutar e entender o que está sendo dito. Porque senão vai virar uma certa imposição médica, também como vocês colocaram, eu também já vi isso, uma imposição médica dizendo, ‘olha...’, mas não só médica. Eu fiquei pensando também, mas a enfermagem também faz isso. A minha categoria faz isso o tempo todo. Vamos chamar o médico porque tem que medicar. A psicologia também faz isso, vamos chamar o médico porque ele precisa passar o remédio “x”, “y”, “z”. O serviço social também. Todos nós fazemos isso.

Que sociedade é essa que se baseia numa relação de vida química. É o paradigma. É isso, gente. Agradeço a presença de vocês. A Ana estava aqui, mas eu acho que ela foi lá fora. Não sei se alguém quer fazer alguma pergunta pra Mesa... Paulo.

PAULO AMARANTE

Bem, primeiro agradecer a Ingrid e ao Ed, e o Alex também, e lembrar que a questão que a gente coloca sempre, todo ano, já estamos no 9o. seminário, a gente muda a programação, traz questões novas e tudo, mas a gente sempre tem colocado o papel da arte e da cultura, do trabalho, da economia solidária, das estratégias outras da vida, dos suportes. É importante lembrar que aqui no Brasil temos vários grupos. Em São Paulo temos a Copa da Inclusão, que é um campeonato de futebol de salão que envolve pessoas ligadas a CAPS, médicos, enfermeiros, usuários, vizinhos, parentes. É um trabalho já sólido, tem vinte e tantos anos. E por aí tem muitos outros. Tantas experiências, assim, de geração de renda. Estamos montando aqui no Rio a Ensiqlopédia, que é inspirado, vocês sabem, no Qorpo Santo, um louco lá de Alegrete, entre aspas louco, um Juiz cismou porque ele tinha uma proposta de uma nova ortografia para o português, muito

interessante. E ele propunha parar de utilizar o “c”, entre outras coisas. Aí alguns casos ele substituía pelo “s”, *Ensiqlopédia* com “s” e com “q”. Qorpo Santo é com “q”.

E ele acabou sendo perseguido por esse Juiz, mandou interná-lo, mandou fazer laudo, ele foi internado lá no Hospital São Pedro, em Porto Alegre. Não tendo recebido o laudo de louco, de paciente, ele foi mandado para o Rio de Janeiro, para o Hospício Nacional de Alienados do Rio, o Hospício de Pedro II, o primeiro originalmente, examinado por Juliano Moreira, por Henrique Roxo, ninguém deu, até surpreendentemente, ninguém deu o laudo de que ele era louco. Foi para a Colônia Juliano Moreira, que ainda não se chamava Colônia Juliano Moreira, e acabou voltando para Alegrete sem o laudo de que ele era louco e o Juiz mandou prendê-lo por desacato à autoridade da língua portuguesa. Ele é considerado o pai, a Lucrecia aqui conhece muito bem, do... precursor do Teatro do Absurdo, do surrealismo, um baita intelectual. Há obras fantásticas e a *Ensiqlopédia* dele é uma coisa.

Mas para lembrar. Em São Paulo tem a “Louca Sabedoria”, também já com trinta anos. É um processo de geração de renda para usuários e pessoas, e como aqui as iniciativas sócio-culturais, Harmonia Enlouquece, o guitarrista já com vinte e tantos anos, é o psiquiatra do Grupo, mas temos várias outras pessoas. Temos os Blocos de Carnaval Loucura Suburbana, Tá Pirando Pirado Pirou e tantos outros, Zona Mental, Império Colonial. Então, esses projetos, esses processos, eles são desmedicalizantes, despatologizantes. E não é pelo efeito terapêutico da arte ou do entretenimento. É porque eles produzem vida, eles produzem sentido. Lembrei ontem falando daquele profissional que ele cobra como tratamento que a pessoa crie um projeto de cuidado, que eu lembrei da Lisneide Bonfim, atriz, também uma interna de anos em manicômio que virou uma atriz.

Então, todo esse processo de criar um pertencimento coletivo, criar um projeto coletivo, criar vínculos sociais que se faz fundamentalmente dentro de um projeto de arte, de cultura, de projetos coletivos de esporte. Quando nós fizemos aqui no período, e vamos passar o filme hoje à tarde, o “Coisa de Favela”, todo um projeto de pesquisa que a gente fez aqui na comunidade de Manguinhos, que nós identificamos projetos culturais

em Manguinhos que davam incontinência à sociedade e a cultura. E a idéia originalmente da pesquisa encomendada era ver como estava a saúde mental da população. Nós falamos, nós não vamos perguntar isso. Vamos tentar entender como esta comunidade se organiza independentemente do apoio do Estado. Ou ao contrário, as ações de violência que o Estado permanentemente exerce nas comunidades aqui nas favelas porque não dá escola, não dá assistência à saúde, não dá odontologia, não dá creche, não dá condições de trabalho dignas, segurança etc., além das invasões.

Alguém falou ontem de quando o *caveirão* entra, todo mundo sabe, talvez quem não é do Rio, mas *caveirão* é aquele carro blindado, e o dia que nós fomos lançar o relatório deste trabalho na comunidade, coincidentemente estava lotado de *caveirão*, as pessoas com fuzil, a gente passando no meio etc. Então, como essas atividades elas são atividades de produção de vida. E são desmedicamentalizantes, que retiram, consegue ter espaço de criar sentido, e são também desmedicalizantes no sentido de que produz um outro sentido para a vida. Você vê o Ed, aliás eu sempre lembro, que pena, eu estava vendo os episódios da TV Pinel quando o Ed era um dos editores, eram editores, eram cameraman, até a Franca Basaglia entrevistaram. Hoje não existe mais. A TV Pinel é quase uma iniciativa privada que tem ali.

Então, eram coletivos mesmo. Se reuniam, faziam esquetes, escreviam e produziam. Eu me lembro daquela menina com a caixa de haldol, dizendo assim, ‘eu amo haldol’. Ia fazendo a... a outra que é... tem sempre a ironia, eles mesmo que bolavam. Tem uma também que a mãe vai levar a filha no hospital, na emergência, aí está lá, como é que é? Do SUS, sistema único de saúde, e tô. E a mãe começa a brigar porque o médico e coisa e tal... acabou que quando chega o médico e vê a mãe brigar, internam ela, e não a filha, aí a filha fala, ‘tchau mamãe, eu venho te visitar’. Tudo isso eram esquetes feitas pela TV Pinel. Coisas muito lindas e como isso foi uma experiência importantíssima.

Então temos a arte-cultura, grupos. Eu sinto, acompanho o “Tá Pirando Pirado Pirou”, eu sou do Grupo, eu sou julgador de samba do “Tá Pirando” e do “Loucura Suburbana”, e quanto isso é organizador de vida das pessoas. E para quem não sabe também o carnaval não acontece somente naquela semana que cai em janeiro, fevereiro

ou março. Carnaval é o ano inteiro. Oficinas, oficina de produção, oficina de escolha de tema, de elaboração de fantasia, de treino, informação de percussão, de bateristas etc., etc.

A Ana chegou. Eu estava falando na hora que você tinha chegado, quando eu vi você tinha saído. A gente queria Ana, para ver se você podia fazer... depois a gente podia Alex abrir tanto para perguntas, questões para as duas Mesas. Do Bob, se alguém quiser fazer alguma pergunta, fazer aqui algum comentário. Não é Ana? Você quer aproveitar agora? Você quer ir à Mesa?

ALEXANDER RAMALHO

A gente tem ainda mais 40 minutos. De repente você e o Bob ficavam aqui junto com a gente...

ANA PAULA GULJOR

Bem gente, começando pedindo desculpas, saudando a Mesa. Edvaldo, querida Ingrid, Alex. Eu peço desculpas, ontem eu não pude estar presente por conta destas ações. A gente está como Conselho Nacional de Direitos Humanos, hoje idem. Eu saí porque estou assim, igual a Léo Pinho, estou aqui, mas estou numa reunião. Dizer que, primeiro sobre a importância desse evento que a cada ano ele se amplia, ele amplia a sua reverberação no campo da saúde mental, no campo antimanicomial. Agradecer muitíssimo os nossos convidados externos, dizer Robert Whitaker, o quanto, a importância dele aqui para nós, de trazer este debate e a partir disso, apoiar. Paulo Amarante, Fernando que tanto lutou, lutaram, Fernando, e Paulo continua levando adiante este legado.

Dizer da importância. Eu sou psiquiatra, então assim, nós somos o alvo da questão de tudo, mas dizer, pensar que quando o Alex fala dessa questão do neoliberalismo, poder trazer que o neoliberalismo não é apenas um sistema econômico. Ele produz

subjetividades. Subjetividades individuais, subjetividades padronizadas. Então para nós, que muitas vezes escondemos atrás do discurso da técnica, a gente não pode esquecer que a contextualização, a análise da política é bastante importante, não só a política aqui no país, mas também entender que a gente faz parte de um mecanismo global que cria estas formas de controle, de controle dos corpos. E o controle dos corpos, essa história, eu sempre confundo, nunca consigo colocar a frase inteira, você consegue oprimir um grupo a vida inteira, mas não... um por algum tempo, mas nunca todos o tempo todo. Exatamente.

E essa produção de subjetividade do neoliberalismo que traz a medicalização da vida como uma forma de controlar, controlar todos, até as nossas brincadeiras. Quando você diz, 'ah, esse aí, dá um rivotril para ele'. A gente está fazendo várias coisas, isso já virou, já incorporou. Então, isso fala de um certo lugar e fala deste lugar que historicamente foi colocado para nós da psiquiatria. Nós, enquanto médicos, ao mesmo tempo que muitas vezes não abrimos mão deste mandato de controle, por outras vezes somos colocados nesse lugar. Não é um ou outro, uma ou outra pessoa que chega para mim hoje na demanda de ser autista, na demanda de um diagnóstico. E essa semana mesmo porque eu continuo fazendo clínica. Diagnóstico de ser autista, diagnóstico de TDAH, porque também na nossa sociedade o acesso ao direito é dado pelo CID.

Então, quando o Paulo fala dessa *cid-dadania*, aqui no país a gente tem essa representação. Nós precisamos de um diagnóstico para poder acolher uma pessoa nos nossos serviços. Ao final, para mostrar o faturamento tem que ter algum diagnóstico. Você não escreve nada sem colocar... você não pode faturar, então a gente é cobrado por isso. E o médico é cobrado por isso. E as nossas Universidades nos formam desse jeito. Se por um lado a psiquiatria, eu acho que é o maior exemplo dessa forma de lidar com a vida de um modo medicalizante, isso não é um privilégio da psiquiatria. A gente pode tratar de forma terapêutica todos. Quando uma vez eu me lembro eu estava conversando, eu falei assim, 'gente, agora tudo virou clínica ampliada. Tudo é clínica. Não gente, às vezes a gente pode estar simplesmente passeando com uma pessoa sem estar preocupada de fazer clínica. Nem todo mundo tem que ir para o divã, nem todo

mundo, nem toda vez que você está com uma pessoa que é usuário da saúde mental você está fazendo clínica, você está olhando para ele com olhar terapêutico’.

Isso não é só médico. Isso é de todos. Agora eu concordo que a gente tem que pautar essa discussão nas nossas carreiras, nas nossas academias, não apenas colocar no outro, o outro médico. O médico também, mas até que ponto a gente se coloca em questão neste sentido. Eu acho que quando a gente escuta diversos relatos aqui e isso nos aponta também esta questão importante, que a gente está cuidando, entende que existem estratégias e estratégias fundamentais, a arte, a cultura, a inter-relação, a vida social como forma e aspectos importantes que a gente precisa cuidar, minimizar a vulnerabilização das pessoas. Isso é uma questão. Mas à ciência também está colocada, a ciência que eu falo mais tradicional, como um aspecto importante. Ou seja, a gente não vai jogar fora a água com o bebê junto. Muitas das vezes é necessário. Muitas das vezes a gente se vê às voltas com a necessidade de utilizar de uma forma responsável, de uma forma cuidadosa o medicamento para a pessoa, e não para a doença, diagnóstico que a gente busca.

Então, assim, dizer o quanto para nós é um orgulho garantir este evento, a gente sabe do momento de tensão que a gente está vivendo no Rio de Janeiro. Agradecer a presença de todos e todas que estão aqui hoje nesse momento. E hoje aqui no Rio de Janeiro é feriado do servidor público, nós também somos servidores públicos no LAPS tentando garantir o acontecimento desse evento também por entender que a gente precisa estar a cada tempo trazendo este debate e ajudando a reverberar essa discussão. A gente entende que cada um e cada uma são multiplicadores de uma discussão, que não é uma discussão pontual, mas é uma discussão que a gente precisa levar para os nossos diversos serviços, não apenas no campo da saúde mental. Porque a gente sabe, só para finalizar, porque eu acho que é importante dizer dessa questão, do quanto o Brasil consome benzodiazepínicos, consome antidepressivos e quando nós vamos olhar o escalonamento dos maiores prescritores nós vemos a cardiologia, nós vemos a clínica médica, ali, no pau a pau até mais do que a psiquiatria, e hoje um grande desafio é discutir este cuidado, esse acolhimento em saúde mental na atenção básica que não pode ser apenas qualificar o profissional para aprender prescrever medicamentos. Qualificar isso, o atendimento que é um atendimento comunitário, um atendimento que evidentemente passa por esta

articulação entre os diversos atores de determinados territórios. E isso na saúde da família ainda é uma questão.

É um fato a gente ampliar este cuidado, aqui no Rio de Janeiro tem esta especificidade sendo como porta de entrada e acho que cabem muitas pesquisas sobre o aumento da prescrição. O quanto isso tem um paralelo com o aumento da prescrição desses psicofármacos a partir de um cuidado, porque a gente precisa qualificar. Mas qualificar, isso é uma discussão teórica em sua concepção estruturante. Não apenas dizer, vamos atender a saúde mental na atenção básica, mas o que significa isso. Acho que a gente ainda não conseguiu efetivamente atingir esta forma de desconstrução de um modo de lidar com esse cuidado comunitário que hoje nós vemos na atenção da saúde da família, apesar de muitas pessoas, muitos profissionais terem esse olhar. Mas a gente tem ainda muito o que caminhar.

Agradeço a todo mundo. Valeu aí!

ALEXANDER RAMALHO

Então, o Robert pode ficar um pouquinho aqui com a gente para que possamos ter as perguntas. Perguntas direcionadas para a Mesa incluindo a Conferência mais cedo do Robert.

PARTICIPANTE ROBERTO

Bom dia, gente. Meu nome é Roberto. As pessoas também me chamam de Bob, lá no cursinho de inglês eu comecei... me chamavam de Bob. Primeiro, assim, acho que é muito importante a gente ter relatos das experiências, narrativas, como o Bob trouxe. De todo movimento de sobrevivência da psiquiatria e depois ser acompanhado por fatos pessoais, das trajetórias de sobrevivência da Ingrid, resistência e sobrevivência. Acho que é um ponto de partida muito importante e eu falo de ponto de partida, porque eu insiro isso dentro da nossa luta de reforma psiquiátrica. Mas aí retomando um pouco o que o

Bob trouxe porque ele começa, o site dele estava ‘como revolucionar a psiquiatria?’ e termina com a pergunta ‘o que vem depois do Caps?’. E aí eu falo de ponto de partida porque eu acho que ponto de partida está dado, a partir das falas, mas me preocupo muito para o que vem depois do Caps.

E aí pegando um pouco da fala do que vocês trouxeram, justamente porque todo esse nosso movimento de luta se insere em um movimento que está sendo de resistência, infelizmente, e não de conquistas. Porque, vocês falaram, estamos inseridos em um sistema neoliberal que organiza a nossa sociedade a partir de Estados que detém o poder de fazer o que fizeram com o Rio de Janeiro quarta-feira agora. E eu trago este link porque é muito importante a gente poder comemorar estas experiências pessoais, de sobrevivência, fora do Estado, como o Paulo falou, de carnaval, de movimentos de resistência. Mas ainda assim, e já começando a minha pergunta, me pergunto: qual o poder que a gente tem para trazer estas experiências individuais, de narrativas, em algum sentido até um pouco coletivas, para uma experiência comunitária, coletiva, que chegue, que abarque as pessoas que não estão aqui, que não puderam narrar as suas trajetórias de vitórias e que pereceram no caminho? E que perecem hoje como perecem nas favelas?

Infelizmente, acho que é importante a gente criticar a psiquiatria, mas acho que hoje quando a gente chega nestes territórios, a gente percebe que não cabe nem mais ao profissional médico, ou psiquiatra, a escolha do tratamento. Acho que isso virou um privilégio. As pessoas já chegam autodiagnosticadas, chegam automedicadas, muito antes de acesso ao google ou não, elas já chegam culturalmente nos seus corpos, na sua vida, trazendo as marcas da violência, de uma cultura, de uma forma de cuidar, de ver os seres humanos que dizem que eles não têm liberdades para estudar, para viver, e que culmina com que a gente vê que é a violência do território nas favelas, nas periferias. Por absoluta falta de escolhas. As pessoas nem escolhem mais se vão ter acesso a profissionais para tomar remédios, se vão ter acesso a diagnósticos. Elas tomam remédios, elas compram remédios por conta própria, elas já consomem toda esta cultura que dizem que elas não são pessoas, que dizem que elas não têm direito a viver, que elas não têm direito a estar em outros espaços.

E aí vem o Estado e diz: ‘você não tem o direito a viver. Se vocês não tiverem escolha nenhuma, não é problema nosso. Vocês não têm direito a viver’. E aí eu me pergunto, se a gente está falando então de um sistema que é baseado na doença, baseado no diagnóstico, no remédio, porque a única resposta que este sistema quer dar para as pessoas que ele considera que não são pessoas, como a gente coletivizar então esse acesso, essas histórias de resistência, essas experiências de produção de vida para essas pessoas? Como a gente vai coletivizar se a gente está em um sistema que é neoliberal e que organiza e detém todo o poder a partir do Estado? Pergunto: como que a gente vai fazer isso? Como que a gente conquista este poder para coletivizar estas experiências para essas pessoas?

Porque eu acho que a gente está vendo por que infelizmente não chega para boa parte destas pessoas. E aí pensando no que eu vejo das pessoas tentando se organizar, boa parte das experiências que eu acho que a gente pode dizer também que permitem que hoje a gente faça este debate aqui, vem de movimentos, já concluindo, que foram de movimentos de contestação do poder. Quando a gente fala do direito à saúde, estou falando lá de debates de Alma-Ata que se deu em um contexto de intensa luta de uma classe trabalhadora contra uma... o movimento de trabalhadores socialistas contra o movimento da burguesia capitalista, que aí vem o movimento de redemocratização do Brasil com muita luta, com muita violência, que consegue inserir a saúde pública em um direito público que cria o SUS.

Se hoje a gente pode falar disso foi por causa destes movimentos que contestaram esse poder. Como a gente contesta este poder hoje? Como que a gente coletiviza para chegar nessas pessoas?

ALEXANDER RAMALHO

Tem mais alguma pergunta ou a gente passa para a Mesa? Sim. Então vamos fazer o seguinte, um bloco de três, você e o Zé Roberto, depois a gente passa para a Mesa.

PARTICIPANTE ENZO

Então, a pergunta seria como trazer mais objetivamente, como mudar tudo isso na prática. Porque a gente está lidando com um sistema complexo farmacêutico, psiquiátrico, com muito poder financeiro, propagandístico. Então, o que é possível fazer na prática para mudar esse sistema?

Ontem, por exemplo, foi definido que os antidepressivos não têm eficácia comprovada. Então, se o medicamento não tem eficácia comprovada porque ele está no mercado farmacêutico? O que pode ser mudado em larga escala de um sistema tanto farmacêutico... será que... porque muito poucas pessoas têm consciência de tudo isso que é falado aqui nesse seminário, das evidências que são trazidas aqui. Então, como enfrentar um sistema com tanto poder financeiro, mercadológico, propagandístico, acadêmico? Como enfrentar isso em larga escala? O que fazer na prática?

Acho que a gente tem que pensar é isso, o que fazer objetivamente para mudar isso. Eu tenho esse pensamento do mercado farmacêutico porque não faz muito sentido. Substância que não tem eficácia comprovada estarem no mercado farmacêutico, independente se drogas, ‘ah, mas as pessoas podem usar drogas...’. Mas aí já é uma questão de narcóticos, de ser legalizada ou não. Isso é uma idéia, aí cada um pode ter a sua opinião. Mas queria trazer esta reflexão para cada um dos participantes. O que é possível fazer na prática, objetivamente, para poder mudar um sistema tão poderoso, entre outros aspectos. Obrigado.

PARTICIPANTE JOSÉ ROBERTO COUTINHO

Meu nome é José Roberto Coutinho, eu sou psiquiatra, e a pergunta que eu vou fazer é a seguinte. É a segunda parte do título. É como construir práticas e cuidados desmedicalizantes quando na imensa maioria dos contextos de trabalho o médico bom é o médico que passa muito remédio e faz laudo rápido, se possível sem nem ver o paciente?

HOLMES MARTINS

Rapidamente. Meu nome é Holmes, eu sou médico psiquiatra. É muito triste quando eu ouço uma realidade em que meus colegas, e alguns são amigos, e tem esta maneira de trabalhar. Então, eu faço uma pergunta. Não é para ser respondida agora, é quase uma proposta para a Ingrid, para o Edvaldo e para quem mais quiser. Eu fiquei com vontade de, óbvio eu leio isso assim, como eu posso reformar a minha reforma? É um trabalho *work in progress* sempre. Mas se eu tivesse que propor um presente, aquele artigo que o Bob trouxe foi publicado no dia 18 de outubro, dia dos médicos. Na realidade, de presente, de brinde, uma cartilha assim, ‘olha, nós queremos isso, precisamos isso de vocês’. Isso é uma coisa.

A outra coisa é, perdemos. Como Darcy Ribeiro dizia, perdemos, mas é melhor estar do lado dos que perderam do que estar do lado dos vencedores. As pessoas nos procuram, os psiquiatras, já assim, ‘eu quero esse laudo’, como o Paulo fala da *cidadania*. Eu adorei, porque é isso. Autismo, hoje um laudo dá a uma série de... dá dinheiro. Vamos colocar: autismo dá dinheiro. Então, é muito triste ver os próprios pais tendo sido cooptados por essa ideologia neoliberal e querendo seus filhos doentes para ganhar dinheiro. Eu não vou chamar de benefício porque benefício é quem ganha... eu vou chamar dinheiro. Querem dinheiro, querem transformar a doença dos filhos em dinheiro.

Então, nós perdemos. O corpo-território é muito interessante, o neoliberalismo não precisa fazer força, já está incorporado nas pessoas. Então essa é a nossa grande dificuldade. Nós não conseguimos reverter isso sozinhos. Eu fico muito triste quando um pai chega querendo um laudo, assim, vendo que o filho não tem isso, não tem a patologia. Então é isso que eu queria colocar.

PAULO AMARANTE

Vou falar assim também como médico. Também sou médico psiquiatra e como participante aqui agora. O que eu acho, a Ana Paula falou, ‘somos as vítimas’, somos as vítimas da acusação, mas também somos protagonistas da crítica. Não devemos esquecer que Franco Basaglia era psiquiatra, que Laing era psiquiatra, Loren Mosher, David Cooper. Tantos outros. Aqui no Brasil, Nise da Silveira. Então, as questões, perguntaram aí de como fazer? É a luta política. Nós continuamos lutando. Fazer este seminário é uma forma, a gente está no 9o. ano dele, é uma forma de luta e de resistência. Publicar o livro do Bob, publicar o livro do Iaco, publicar o livro do Desviat, publicar os nossos livros, publicar o site Mad in Brasil, é um dos sites mais acessados no mundo, da discussão da medicalização, da crítica, mostrando as experiências, é uma forma de fazer.

Mas, agora, é claro, nós estamos... eu poderia remeter essa pergunta, eu fui fazer... lutar contra o Estado opressor lá para os movimentos anarquistas, movimentos do anarco-sindicalismo, comunistas, socialistas, que resistiram. E agora, quem está lá em Gaza, não está dizendo, ‘não, agora eu tenho que cruzar os braços e aguentar porque o genocídio é a prática dominante’. Não. As pessoas estão lutando, estão resistindo, estão construindo práticas contra-hegemônicas, mas que estão fazendo. Eu acho que nós, muitos de nós, tem muitos psiquiatras aqui. Você tem o José Roberto, está o Holmes também é psiquiatra, o Paulo Telles, tem outros médicos de família. Tem muitos aqui. A Ana Paula que já tinha...

Então, a gente em quantidade muito melhor que a violência da exploração capitalista, porque não é só da indústria farmacêutica, da visão de tolerância e tudo mais, nós conseguimos despatologizar muita gente, desmedicalizar muita gente, porque quando a gente fala destas atividades, quantas pessoas que nós conhecemos internadas em manicômios, eu falei da Lisneide, o Edvaldo conheci na TV Pínel, o Tá Pirando Pirado Pirou, Loucura Suburbana, que estão hoje, a Rogéria esteve aqui o ano passado nesse seminário, que estão hoje produzindo vida, estão transformando.

Então, assim, a gente é contra-hegemônico, é o que a Ingrid trouxe, o Ed trouxe, mas a gente está fazendo. É isso. Agora lutar contra essa dominação, da violência

capitalista, da violência da exploração, da colonização porque a colonização é a colonização da língua, é a colonização de hábitos, de cultura, é a colonização feita pela religião, feita pela medicina... é toda uma visão de corpo, de saúde, etc. Quando a gente fala ‘de perto ninguém é normal’ que nos impôs... a medicina, o Canguilhem fala isso, foi uma das maiores estratégias de colonização do mundo. Você retirar os referenciais originários, indígenas, locais, orientais, como de se pensar, pensar o corpo, pensar a vida ou a questão do bem viver originário que o Krenak fala e outros tantos, é você destruir as bases culturais. Impor, então Eduardo Galeano fala dos ninguéns. Os ninguéns são aqueles que não tem língua, tem dialeto, são aqueles que não tem religião, tem superstição, são aqueles que não fazem cultura, fazem folclore. A gente desmontar toda a forma de organização social.

Então isso é violento, mas isso nunca vai deixar de ter pessoas lutando, resistindo. Querendo ter a sua nação, a sua língua. Agora na Bolívia perdemos feiamente, depois de 30 anos e ter um estatuto de que o Lago Titicaca é um sujeito de direitos, as montanhas, os rios são sujeitos de direitos, ganhou a ultradireita. Mas isso não significa que o movimento originário indígena na Bolívia vai cruzar os braços e vai aceitar essa dominação novamente sem resistência. Eu sempre brinco: o sonho não acabou, para falar com John Lennon, e a luta continua. É uma provocação e uma brincadeira. Obrigado.

PARTICIPANTE ANTÔNIO

Antônio. Minha formação básica é medicina, pediatria e psiquiatria infanto-juvenil. E eu queria, na verdade, retornar ao título do seminário e de uma publicação que eu considero o eixo principal que é o que está escrito no “Anatomia de uma epidemia”, do Robert. E para mim ficou muito claro lá é o seguinte, as medicações hoje oferecidas, como o Enzo bem colocou, como se fosse... elas não funcionam. Além de não funcionarem, elas ajudam a estragar, elas produzem pessoas que antes não eram, não tinha doenças orgânicas para doentes orgânicos com disfunções neuroquímicas que elas não tinham, talvez, reversíveis. Essa para mim... então não tem acordo, que a gente pode usar inicialmente ou em alguns contextos. Isso me deixou um pouco confuso.

Porque o que eu tenho entendido, os vários seminários que eu participei, quero aproveitar a presença do Robert, e que não tem acordo. Eu acho que a gente fica se esforçando em colocar isso e vira e mexe a gente vê um discurso de que, ‘ah, sim, inicialmente, com cuidado’. Que acordo é esse? Eu nem ia falar não porque é tanta informação, é tanta coisa e a gente fica querendo falar muito. Mas quando o Enzo falou eu achei que ele foi a pessoa que gritou assim, ‘o rei está nu. Ninguém está vendo?’. Que conversa paralela é essa que está causando esse ruído. Como assim? Dá para usar de vez em quando?

Uma hora tem outros problemas, problemas que circundam isso aí. Por exemplo, os médicos não se sentem médicos hoje em dia, dentro de um paradigma biomédico, dentro de uma produtividade neoliberal, etc., se eles não puderem prescrever. E pior. Os outros profissionais de saúde da equipe multiprofissional, quando eles falam assim, vou mandar para o médico, está implícito que vou... para medicar. Está indicando medicação. Vamos parar então de pensar que acordo tácito é esse, medíocre, que está levando a gente a ser, de alguma forma a gente reclama, fala e diz que vai fazer, mas nós estamos colaborando para que isso continue.

Então, é uma pergunta. Eu estou confuso agora. Depois da fala do Enzo eu fiquei confuso. E depois de algumas falas aqui também. Porque os predicativos, eu sou médico, eu sou psiquiatra, ou eu sou uma pessoa e vou conversar com uma pessoa. A gente escorrega no discurso, a gente precisa saber que inconscientemente, obviamente, também acho que é um debate que não é para agora, mas é um debate que já passou da hora, inconscientemente a gente reproduz o sistema que a gente reclama dele. Então a gente precisa aprender a como vamos nos organizar para entender o que a gente está fazendo.

E aí, dentro do livro, aproveitando novamente o Robert, tem o artigo do Holmes, do psicofarmacologista que explica ali para quem... ali é palpável, é concreto, é pesquisa básica, o corpo se adapta às medicações. E partindo disso, todos os que ele trabalha não tem validade. As medicações demonstraram que elas não curam, não tratam muito menos curam. Elas produzem doenças orgânicas nas pessoas que vem com problemas subjetivos da vida. Elas entram sem problemas e saem doentes. Então, é isso. O rei está nu e agora?

ALEXANDER RAMALHO

Vamos passar então agora para a Mesa por conta do tempo. Ainda faltam dez minutos para a gente encerrar. Eu vou passar para o Robert, Edvaldo e depois para a Ingrid para a gente poder... sim.

ROBERT WHITAKER

Não há uma resposta fácil. Mas rapidamente, existem dois modos. Você pode reformar, fazer a reforma do cuidado da saúde mental ou com locais bonitos, você pode reconceitualizar alguma coisa, vocês podem usar o medicamento como ajuda, mas a concepção é que você não vai curar nada com os medicamentos. Que é o seu ponto, existe uma evidência de longo prazo que essas medicações causam mudanças no cérebro, isso acontece e uma vez que acontece, é difícil sair. Mas não são resultados bons que você vai ter quando você já modifica a estrutura do cérebro

Então, dentro desta pequena mudança que ela cria, se conseguirmos fazer com que as pessoas conheçam essas evidências e mudemos o modo de pensar, podemos criar um sistema de cuidado melhor. E o problema é o que o Enzo disse, essa história é muito difícil de chegar lá, entendeu? Porque tem muitos interesses em manter esta questão da medicação e tem o interesse financeiro. De um lado eu sou otimista quando as pessoas começam a entender que podem ser diferentes, por outro sou pessimista porque tem uma propaganda contra muito grande. E é muito difícil mudar essa narrativa. Muito rapidamente depois eu vou para a pergunta maior

Tem um cara chamado Peter Gotzsche, que era o fundador da colaboração... que é um dos maiores avaliadores da pesquisa médica no mundo. E agora ele fez um monte de coisas, escreveu muito sobre psiquiatria. Uma coisa rápida, eu estava falando na Dinamarca e esse homem se levantou e falou assim: 'Isso pode ser verdade, sobre os efeitos de longo prazo'. E este era o Peter Gotzsche. E eu falei, 'eu vou investigar'. E ele

me chegou à conclusão que estamos piorando as coisas. E o Peter falou, ‘a gente não tem que usar estas medicações’. É a conclusão que ele chegou. Talvez Joen Monchen concordasse com ela, que existem momentos que você pode usar. Isso é uma pergunta um pouco menor.

A pergunta maior é como você organiza a sua sociedade. A nossa sociedade é organizada agora por uma forma que causa estresse e problemas. A gente fala aquele problema está no indivíduo e não em como a sociedade está organizada. E agora nós temos dentro desta narrativa a idéia de que quando as pessoas estão indo bem, o problema está no indivíduo. Mas pode estar na sociedade e você tem que reformar a sociedade de uma forma maior e eu não sei como fazer isso. Eu só quero dizer uma coisa: eu moro nos Estados Unidos e isso está me deixando doido. É incrivelmente louco, é insano porque temos uma população que... com uma narrativa que eu não reconheço. E, literalmente, um dos países mais ricos do mundo e nós vamos parar, parar de alimentar aqueles pobres na segunda, não vamos dar nenhuma ajuda. São 40 milhões de pessoas que vão ficar sem fundos para comprar comida. E como que você não fica louco quando você vê que esse é o valor que é adotado no seu país.

Então só para vocês entenderem, vocês têm uma solução localizada, mas você tem um problema maior. Como você organiza a sociedade? E nós culpamos o indivíduo porque ele está infeliz na sociedade. Mas a sociedade é louca. Enfim, esses são os meus dez minutos.

EDVALDO NABUCO

Eu acho que o Professor Boaventura de Sousa Santos tem um livro muito importante que é “Crítica à razão indolente: contra o desperdício da experiência”. Então, assim, quando a gente pensa em envolver a comunidade, no tempo que eu trabalhava na TV Pínel, a gente fazia parte de um movimento chamado Democratização da Comunicação. Então a gente teve ligações com o pessoal de Vigário Geral, Morro do Borel, Rocinha, Chapéu Mangueira, a gente teve experiências em vários lugares onde

estavam sendo criadas práticas de tv comunitária. A gente entrava nesses lugares para fazer com que a pauta da saúde mental também fizesse parte das agendas das tv's comunitárias. Então quando a gente comemorava o 18 de maio, essas pessoas ligadas a tv's comunitárias, elas participavam com a gente.

Então, são experiências que parecem ser experiências isoladas, mas quando o professor Boaventura estuda essas experiências, ele fala o seguinte, a gente tem o lema do Fórum Social Mundial que é 'agir localmente, pensar globalmente'. Então, essas experiências que parecem isoladas elas devem ser ampliadas. E eu vou dar um exemplo assim muito clássico para a gente. A questão do CAPS. O CAPS quando foi criado em 1987, pela Dra. Ana Pitta, ele foi criado como uma experiência isolada. Mas esta experiência deu tão certo que multiplicou e se transformou na base da política de reforma psiquiátrica.

Outra experiência também singular foi a Rede de Saúde Mental criada em Santos a partir da intervenção da Clínica Anchieta. Então ali se viu que poderia se construir uma rede de serviços abertos, na comunidade, que pudesse superar o manicômio. Então existem práticas que parecem isoladas, mas a gente... são práticas comunitárias, práticas na comunidade, que a gente tem que divulgar estas práticas para elas serem ampliadas.

E quanto ao Enzo, eu acho assim, a gente não pode desistir. Eu fazia parte de um comitê, chamado Comitê de Combate a ALCA. ALCA era a Área de Livre Comércio entre as Américas. E era um momento muito difícil porque o pessoal queria implantar a ALCA e se implantasse a ALCA os produtos dos Estados Unidos entrariam no mercado nacional sem pagar imposto e isso ia acabar com a indústria brasileira, os produtos brasileiros iam ser muito prejudicados. E uma vez participando de uma reunião, um senhor aposentado, o senhor falou o seguinte, 'imagine se durante a segunda guerra, na época que a gente estava na segunda guerra, a gente tivesse desistido de lutar. O que seria o mundo hoje?'

Então, é isso que o Paulo Amarante está trazendo. A gente é resistência, a gente tem práticas bem-sucedidas, práticas que a gente construiu e que deram certo, que a gente tem que fazer com que estas práticas sejam reconhecidas e ampliadas.

Então, era um pouco isso. E práticas desmedicalizantes a gente já falou aqui. A TV Pínel, Loucura Suburbana... A gente fez uma pesquisa lá no LAPS, chamada “Cartografia das ações socioculturais e o impacto dos projetos na vida das pessoas em sofrimento psíquico”. E a gente viu, a gente percebeu uma coisa muito bacana, que é o seguinte. Para muitos usuários que participam destes projetos culturais a preocupação deles, a preocupação desses usuários, não é saber da medicação, não é saber qual remédio vai tomar, a preocupação deles é assim, ‘como é que vai ser o meu show?’. ‘Eu tenho que estar preparado para o show dar certo, mas também tenho que estar preparado se o show não der certo’. Então, a preocupação deles muda dessa lógica medicalizante para atividades socioculturais que eles estão inseridos.

Então, acho que a gente tem muitas experiências bem-sucedidas e acho que a gente tem que fazer isso, criar espaços como esse, manter espaços como esse para a gente poder ampliar a visibilidade dessas práticas bem-sucedidas que já existem.

É um pouco isso e agradecer a vocês aqui pela presença.

INGRID DE ABREU

Vou falar rapidinho porque já está no horário. Mas é um pouco complementando a fala deles, a gente desistir não faz muito sentido estar aqui. Tem um conceito da Conceição Evaristo, ela fala sobre *escrevivência*. E eu tento levar isso um pouco para a minha vida. Não sobre mim, mas eu estou presente nas minhas vivências. Então, a minha história está sendo presente. Se eu posso colocar aquelas histórias dentro da minha prática no dia a dia, dentro, lembrando que eu sou uma pessoa, aquilo muda muito. E tem esta questão também que um bom profissional da saúde e ético, a ideia é que ele fique sem trabalho. Porque assim, a gente quer que a pessoa fique boa, a gente quer... não boa de funcional, boa que ela precise cada vez menos da gente, que ela seja mais autônoma. Então o psicólogo também, o psiquiatra também. Então minha psiquiatra, ela chega e fala, quando ela vai falar e falar da medicação ela fala, ‘e aí é possível lá na frente a gente pensar na retirada gradual da sua medicação’.

Ela está falando, ‘olha aqui, a gente, a intenção é que você precise cada vez menos de mim, consiga andar mais com as suas pernas. Você tem essa capacidade?’. E óbvio que a gente vive em uma sociedade que quer que a gente seja funcional, a gente precisa ser útil, a gente não pode se dar ao luxo, entre aspas, de se curar no nosso tempo. A gente precisa trabalhar, a gente precisa saber viver, precisa mostrar utilidade porque a gente vive num sistema capitalista, a gente não tem muito para onde fugir.

Mas também se a gente desiste, não faz sentido. Então eu consigo ver aqui, como eu brinquei um pouco, ‘ah, difícil achar um psiquiatra bom e tal’, desculpe os psiquiatras, mas a gente sabe que, poxa, olha quantos profissionais que a gente tem que estão questionando a própria prática, inclusive eu como psicóloga estou questionando a minha própria prática. É muito fácil você cair num psicólogo que vai querer prescrever de uma maneira muito rasa, vai talvez te vender um laudo, a gente sabe que tem toda uma máfia sobre isso. E quanto a questão da uberização da profissão também, sessões de 30 minutos, sessões de 30 reais, dez minutos, dez sessões por dia, então, isso cansa. Só que se a gente perde a esperança, a gente perde a motivação, por isso que é bom às vezes a gente conversar com os nossos colegas, ter estas trocas com os profissionais, tanto com os nossos colegas da profissão quanto da vida, do que que move, do que que brilha o seu olho.

Esses dias eu em uma outra prática que eu... foi uma prática religiosa que me levaram a lugares, era um sacode, ‘mas o que que você quer fazer?’. ‘Ah, mas é que eu não estou muito bem’. ‘O que que você faz?’. ‘Eu sou psicóloga’. ‘Então, por que você não está ali brilhando o seu olho? Você sabe que você gosta disso’. Eu fiquei, ‘realmente, eu gosto disso’. Só que eu me coloco num lugar já, ‘será que eu sou capaz?’. Porque, como é que você vai cuidar de gente se você não consegue cuidar de você mesma, se você não está bem, a pessoa vai ficar mais louca?’. Às vezes você lembra que todo mundo é meio louco. Se lembrar de “O Alienista”, se a gente for pegar o que todo mundo pensa, todo mundo vai parar no manicômio.

Então, a ideia é que se está todo mundo louco, já que você se diz normal, talvez você que esteja errado. Então, quando a gente lembra e relembra o porquê que a gente

escolheu estar aqui, o que que brilha o nosso olho? E é de uma maneira romântica também. Porque se a gente não vê um romance, uma paixão naquilo que a gente faz, não faz sentido. E isso é importante a gente ver uma maneira política, a gente está vendo o extermínio que está acontecendo no nosso Estado, não tem como chegar, ver uma mãe perder o filho e falar que a depressão dela, a dor dela, é um desequilíbrio químico. Não dá para falar sobre uma pessoa que não tem oportunidade de que, se cura aí, dá o seu tempo, você tem que comer no dia seguinte.

Então, é sobre ter um olhar realista, mas também ter um olhar romântico, um olhar com brilho no olhar, para a gente conseguir resistir e é isso. Se eu tivesse desistido lá atrás, nós não estaríamos aqui. Por vários motivos e então a gente não teria este espaço. Então que a gente continue resistindo para que outras pessoas estejam em outros espaços que talvez a gente não consiga ocupar agora, mas que seja ocupado.

ALEXANDER RAMALHO

Eu vou encerrar. Não sei se tem uma mensagem para mim...ah, tem. Eu queria agradecer ao Robert, ao Edvaldo, a Ingrid e queria encerrar com uma frase do Belchior. Belchior é um compositor falecido brasileiro. E ele diz assim, “viver é melhor do que sonhar”.

PAINEL

“Para além da medicalização”

PAULO AMARANTE

Eu ia me apresentar, mas apresentar os convidados. O Rafael Rodrigues Coelho, que é da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, professor da Universidade. Obrigado Rafael, seja bem-vindo

RAFAEL RODRIGUES

Boa tarde a todos, todas e todes! Meu nome é Rafael Rodrigues, sou professor da Universidade Federal do Recôncavo, atualmente estou aqui no Programa de pós-Doutorado, sendo supervisionado pelo professor Paulo Amarante. Eu sou um homem branco, com barba, estou vestindo uma calça jeans e uma camisa branca de botões, com uma manga curta. Eu vou fazer a coordenação desta Mesa e vou chamar agora os palestrantes, iniciando com Paulo Telles, psiquiatra, pesquisador, professor da Universidade Federal Fluminense e Diretor do NEPAD UERJ. Luciana Jaramillo, psicanalista, pós-Doutoranda do Instituto de Medicina Social, FAPERJ 10, Mestre e Doutora em Psicologia Clínica pela PUC-Rio. E Holmes Martins, psiquiatra, médico clínico do Projeto Ecossistema da Fiocruz e do Projeto Hiper Cuidados.

Vou passar a palavra agora para Holmes Martins, peço que vamos manter ali entre 15 e 20 minutos de fala para que a gente consiga ter o debate após as falas, tá ok? Holmes, por favor, fique à vontade. Obrigado.

HOLMES MARTINS

Boa tarde a todos! Coube a mim falar da prescrição responsável de psicotrópicos. Como que eu passo os slides? Não há como começar a fala de hoje sem pedir licença a

dor das mães e parentes do massacre do Rio de Janeiro, no dia 28. Que nosso trabalho possa de alguma maneira contribuir para encerrar esse longo ciclo necropolítico de ignorância, ódio e populismo que tem assolado as nossas populações e nossa cultura.

Bom, passar rapidamente o que eu chamei de consciência crítica e anos de formação. Eu me graduei entre 1984 e 1990 e tive aula com o saudoso professor acadêmico, Roberto Soares Moura, que faleceu neste ano. E eu coloquei Roberto Soares Moura versus o lançamento da indústria farmacêutica. Para dizer que tem uma formação clínica na medicina hard core antes de chegar na psiquiatria, de 1994 a 2001, eu passei para a Residência em Pediatria, Cardiologia, no Instituto Nacional de Cardiologia, médico contratado no Instituto de Pediatria da UFRJ, concursado em Estudos de Infectologia, Endocrinologia, Programa Estadual de Transplantes de Órgãos e Tecidos. Me mudo para Minas Gerais e depois eu volto ao Rio de Janeiro e aí começo a minha formação em psiquiatria.

Eu lembro que no finalzinho da minha graduação, eu fui ao lançamento nacional de uma medicação para emagrecer, que se prometia revolucionária, femproporex. E aumentava imensamente essa, a quantidade de serotonina circulante. E estudando para a prova de residência, você sabe o rodapé do rodapé. E serotonina lá em cima circulando dá insuficiência cardíaca direita, dá lesão das cavidades cardíacas direitas e não dá na esquerda porque a serotonina era ativada no pneumócitos do tipo 2, uma célula pulmonar. Então ela causa inflamação no coração direito e zero inflamação na parte esquerda do coração. Então, edema, fígado, abdômen, perna e o bombeamento do sangue do lado esquerdo normal.

E aí eu levantei a mão nesse lançamento e perguntei como que o laboratório tinha conseguido contornar este problema que era um problema conhecido. E aí, um endocrinologista bem conhecido na época me puxou pela camisa e falou assim, 'imagina doutor, o senhor está constrangendo a palestrante com essa pergunta'. Eu me senti constrangido. Bom, se vocês pesquisarem, anos depois o femproporex sai de circulação, e aí me lembro um livro do Michael Sanders, justiça que é fazer a coisa certa, que ele fala de um case de recall, era um caso nem de fazer recall, era não lançar o medicamento, este

medicamento foi lançado, todas as indenizações pagas, lembrando que morto não cobra indenização, vai estar morto evidentemente, e eu não tenho números assim mas foi um remédio de sucesso financeiro para o laboratório.

2002 a 2006, logo na formação, ainda falando isso de não sentir, uma paciente logo na minha formação, eu já tinha uma leitura crítica de medicamento, ela chegou, me sacudiu pelos ombros e falou assim, ‘Doutor, tire este remédio de mim. Minha mãe morreu e eu não consigo chorar a minha mãe’. E aí a gente ouvia dizer que, ah o remédio ele é específico para depressão. Peraí, específico, especificidade é um conceito. E esse conceito a gente tem na cardiologia quando vai agir no receptor tipo B2 que tem no coração. Isso não existe no cérebro. Você tem receptores de serotonina espalhados no cérebro inteiro, de dopamina... então, o conceito de especificidade ele inexistente em psicotrópicos. Isso é ponto.

Então, aí causa uma estranheza. Aí vem uma Mesa que eu compus com o Fernando. O Fernando me chamou, saudoso Fernando Freitas, me chamou para compor uma Mesa no Conselho Regional de Psicologia. Eu falei assim, ‘pô, eu tenho que ter elementos semelhantes com os meus pares. Como é que eu vou falar?’. Aí comecei a pesquisar efeitos de psicotrópicos em bichos. E achei um texto, um artigo recém-publicado, foi em 2021, publicado um mês antes, é um estudo muito interessante que mede, medida a fluoxetina no esgoto... lá em cima, gente. A fluoxetina medida no esgoto é muito alta. E o cientista pegou esse peixe, dividiu em duas amostras, uma com a mesma dosagem da fluoxetina no esgoto e outra só com alimento normal. Peixe-boi é um peixe de defesa. Tem peixe que vê um agressor vai para cima, peixe de ataque, como a moreia. Mas peixe-boi de defesa. Seis gerações depois, é um prazo de dois anos, eles não reagem da mesma forma ao predador.

E veio um conceito aí que eu falei nesse dia, é um neologismo. Os ditos antidepressivos, porque eu não falo que eles são antidepressivos, são ditos. Alguém disse que são e depois que diz a venda sobe. Os antidepressivos eles são apati... os ditos antidepressivos eles são uns *apatizantes*. Eles provocam uma apatia. E aí eu já abro um parêntese, ‘peraí, não vai ser totalmente ruim essa situação’. E a gente vai ver mais na

frente. E aí tem o cinema no Rio, foi 2006, eu coloco o cinema no Rio como um marco, eu mantive as fotos do cinema, eu falei, 'vou tirar para correr, para falar mais rápido', mas o Chris cineasta está aqui, eu falei deixa eu manter estas fotos aqui. Eu sou médico da expedição que desce o Rio São Francisco. Isso foi em 2006.

Tem um médico aí, chama lá! E aí eu chamei, vou chamar de Dona Maria, não vou falar a cidade, e ela estava acamada. E propusemos que ela fosse para o lado de fora como geralmente as pessoas se sentam nas cidades do interior E do lado de fora tinha isso, tinha essa farra toda das crianças, quando a gente chegava com o cinema assim, a cidade vinha para fora, uma coisa muito bacana. E está aqui a Dona Maria curtindo as pessoas em volta rindo. Ela não saía a meses daquela cama. É só propor, é só chamar, é só convidar. E nesses lugares, era muito curioso, nesses lugares a cada edição aumentava o número de farmácias, aumentava o número de casos de empréstimo consignado e de templos religiosos.

Isso era muito curioso. Teve um grupo lá que foi identificado, eles não tocavam mais porque achavam que ninguém ia curtir. Então, o cinema no Rio ele é capaz de trazer este grupo, eles tocavam uma música numa cuíca imensa, tocavam sentados, foi para Suíça, foi se apresentar na Suíça depois que passou... ou seja, tem que fazer um filme, pequenos filmes filmando as pessoas locais e passava antes da exibição do cinema, passava, então as pessoas se sentiam muito felizes de se verem na tela grande.

Bom, mas existe um outro lado dos psicotrópicos. Que ele é terapêutico e não iatrogênico. Eu tinha colocado como pergunta e tirei. Em psicose... está tudo como interrogação, mas na verdade eu já vou trazer como uma afirmação. Em psicose, o paciente que está com insônia, dias sem dormir, propondo, vamos propondo ao paciente, propõe a família, vamos dormir, vamos usar uma medicação? E estamos ali do lado vendo todo dia. Mais de uma vez por dia. O paciente não medica para a gente voltar, estaremos lá no dia seguinte e nosso telefone fica à disposição, vinte e quatro horas por dia, para entrar em contato com a gente. E é curioso quando acontece alguma intercorrência de noite, 'ah, Doutor, eu não quis ligar para você não, porque de noite você está dormindo...'. Então, se eu estou tratando para o paciente dormir, as pessoas cuidam

do meu sono também. Então não me incomoda, é muito curioso. Realmente não me incomodo.

Perdas. Uma pessoa que perdeu... eu atendi sobreviventes do Morro do Bumba, em Niterói, que perderam tudo numa enxurrada. Pessoal perdeu a casa, a família morreu, perdeu todas as roupas, todas as fotos de família, de memória, o trabalho dela era ali, ela permaneceu viva. Parecia até uma perda também. Vou medicar, vou usar os efeitos dos ditos antidepressivos, eu vou provocar a apatia. É muito curioso que o antidepressivo ele aumenta a prolactina que é o hormônio na natureza dos mamíferos, a fêmea, mãe na natureza, ela tira a atenção do meio e tem a atenção no filho. Então é uma medicação que... a prolactina tá baixa ou tá alta no uso de antidepressivo, no uso de antidepressivos? Está lá em cima. Então dizer que perda de libido, dizer que aumento de prolactina, dizer que uma apatia é efeito colateral, eu considero isso falho porque na verdade é o efeito que nós queremos. Se eu sei que esta medicação vai tirar a pessoa de cena...

Esse aqui é um livro que a gente publicou em 2011. E foi por conta deste livro que a gente está fazendo uma segunda edição agora, o Paulo, o Fernando Freitas me encontrou e aí a partir dali, não sei se vocês viram um filme de 1971 chamado “The Point”, “A Ponta”. É um desenho animado onde todo mundo nasce com a cabeça pontuda. Só que nasceu uma criança com a cabeça redonda e os pais, ‘que horror’. E aí botaram um chapéu pontudo. A trilha sonora era dos Beatles, se vocês procurarem “The Point”, 1971, vocês vão encontrar. Eu vi esse filme quando era criança e ficou na memória. O Fernando foi um cabeça redonda que eu encontrei e eu aqui encontrei todos com a cabeça assim e eu preciso colocar algo para disfarçar a minha cabeça, começando a fazer laços.

Quando eu escrevi esse livro, em 2011, um colega meu dizia assim, ‘Doutor o senhor está instrumentalizando pessoas comuns a serem médicos. Isso é exercício ilegal de medicina. O senhor será responsabilizado’. Eu ouvi isso de mais de uma pessoa, eu me inibi. Então de 2017 em diante, com os seminários, eu consigo falar. E hoje é possível. Eu coloquei uma nota de advertência. Este livro é só apenas para ser usado pelas equipes

de saúde. A forma que eu consegui para publicar. Hoje em dia não precisamos, felizmente, mas isso é para todos. Está sendo preparada uma segunda edição.

Isso aqui é para a gente ver como nós estamos imersos, assim, em uma linguagem de mercado. O sedativo é um receituário oficial da cor azul. Para prescrever ritalina, eu tenho amarelo. É estranho isso. Não tem no verso, não existe no verso uma advertência que eu escrevo a caneta em todos os casos, contraindicada a condução de veículos automotores. Existe uma possibilidade de fazer revisão. No manual a gente vai colocar uma proposta de como fazer. E aqui, a ordem, eu sempre erro. Eu escrevo esta prescrição não sei quanto tempo e eu sempre erro. Porque primeiro se coloca a medicação, depois você coloca os miligramas, depois você coloca a posologia, depois você vê quantos vai usar e ir lá e compra. A prescrição oficial não é assim. Primeiro você coloca a medicação, depois você coloca a quantidade. Isso é feito para o mercado. Isso não é feito para orientar.

Então, toda vez eu confundo. Eu vou escrevendo o miligrama e depois tenho que refazer. Isso aqui só ilustrações dos antidepressivos. Antes aqui, eu separo ali, revisando os, não chamo de receituário. Receita é aquilo que a gente usa em casa para fazer comida. Eu não posso equivaler uma prescrição de um fármaco a algo... ao alimento. Então, por conta disso, eu chamo de prescricionário, eu não chamo de receituário. E aí começamos a escrever há algum tempo esse “Dicionário decolonial da psiquiatria”, que esperamos lançar agora em 2026, ano que vem. Exatamente para colocar isso. É um prescricionário, porque é um prescricionário? Por que eu chamo assim e não chamo receituário? Aqui é só uma orientação, se quiser eu passo esses slides. Como que preenche cada um.

Em 2022 eu terminei o Mestrado, orientado pelo professor Paulo Amarante, fizemos a “Cartografia da psiquiatria da contemporaneidade: uma produção crítica dos próprios psiquiatras sobre a psiquiatria”. Analisamos doze psiquiatras do pós-guerra. Publicamos aqui “Com luta, diagnóstico terapêutico na primeira crise psicótica com o objetivo de evitar cronificações”. Atendemos durante a pandemia cinco casos de neuro crise psicótica, usamos antipsicóticos em curto período, nenhum deles mais é meu

paciente, nenhum deles cronificou. Então, até pela duração do tempo, ‘ah, isso é uma esquizofrenia’. Não. Não, isso é uma psicose aguda e remissão transitória.

E aqui, um que nós publicamos na Revista Laborativa, da UNESP, que faz um diagnóstico como o Ed falou, ele traz a questão da violência, diagnóstico diferencial dos transtornos com violência. Isso é necessário na contemporaneidade.

Pronto. E aí? Esse aqui é o Amir Haddad, para quem não é do Rio, que não conhece, ele é considerado o maior diretor de teatro, e eu falei, da unidade e utilidade dos psicotrópicos. Fiz uma síntese metafórica. Tudo que eu uso, não adianta colocar mil regras. Uma única regra, quando que eu uso anti-psicóticos? Quando que eu uso fármaco dito antidepressivo para tirar de cena? Para o paciente sair de cena? Daquele sofrimento intenso que ele está naquele momento? E tirar um ator de cena, você tem que voltar, ele vai voltar. O autor fora de cena ele mingua. Então vamos usar esta analogia. Então, uma vez com o Amir, numa atividade com ele, uma atriz demorou uma fração de segundo para sair do papel. Ele falou meia hora sobre isso. E eu pensando, foi uma fração de tempo tão pequena E aí depois eu vi da necessidade de sair do papel, da necessidade de sair, entrar e sair.

Então, se aquele quadro psicótico ele é, foi a única alternativa da pessoa emocional psíquica naquele momento, vamos respeitar, vamos tirar de cena, medicar nestas circunstâncias sabendo que vai sair. Então eu coloquei desacelerar, destravar, repensar e resolver problemas. Porque às vezes também, acho que isso me parece o papel do médico, do psiquiatra prescritor, tentar entender o que está acontecendo. Muitas vezes é um problema jurídico, muitas vezes é um problema financeiro. Você não vai resolver o problema jurídico, você não vai resolver o problema financeiro, você não vai resolver o problema social. Mas se você conseguir entender e traduzir, já é um percurso. E isso faz você chegar e tirar. Agora, assim, tem um curso de sair de cena.

Por onde começar as prescrições? Basaglia falava em colocar o diagnóstico entre parênteses. A gente tem que colocar qualquer diagnóstico entre parênteses, agora de preferência um diagnóstico bem estruturado. Tem uma classificação além do CID não sei se vocês conhecem que é a CIAP, Classificação Internacional de Atenção Primária. Eu

ainda estou estudando essa classificação, eu coloquei aqui para falar que ela existe, mas eu ainda não utilizo no dia a dia. Eu uso muitas vezes as palavras que ela está fazendo livre de qualquer classificação. É importante conhecer as normativas de prescrição, a gente tem que seguir algumas regras que são passadas, eu não posso inventar uma prescrição que não existe, da minha cabeça.

Algum conhecimento farmacológico. Vou escrever os efeitos desejados versus efeitos colaterais, daquilo que eu falei dos ditos antidepressivos, que a gente chama de efeito colateral não é efeito colateral. É o efeito previsível da medicação. Então, se ele provoca apatia, não vamos usar isso. Tirar a pessoa de cena. Limitações ao uso é importante saber, hepatopatias, gestação ou desejo de. Para isso tem que ter uma proximidade, que muitas vezes é um jovem casal, que está numa crise e ela tem o desejo de engravidar. E aí tem que pensar em outras alternativas. Dá mais trabalho para o prescritor? Dá. Mas cabe a ele, ele vai indicar, aí ele vai propor, as pessoas esperam que o prescritor ele conheça de farmacologia e vai, consentimento informado, educação popular em saúde, isso é SUS. Então, não pode não falar, ele tem que falar. Causa teratogenia? Tem várias maneiras de falar sem ser agressivo, sem ser... mas é importante que ele conte.

Bom, aqui é a classificação. Eu acho que é importante diferenciar demanda e necessidade. Eu não vou ler tudo porque algumas coisas eu já falei. Eu falei de colocar o diagnóstico entre parênteses, como Basaglia diz, mas eu digo um pouco mais. Os prevalentes, eles podem mudar inclusive de apagar e não sobrar nada ali. Para que? Eu já falei, estados confusionais, perdas, estados depressivos. Outra coisa, o desmame ou retirada? Eu não uso a palavra desmame. Desmame infantiliza. É um procedimento alimentar de mamíferos, você tem um adulto provedor e um bebê que recebe. Eu não uso, eu uso retirar. Isso está também no dicionário.

Compromisso do prescritor, não ser patologizante, tentar não ser. E é isso, as coisas tem que lutar, eu chamo, nosso trabalho ganhou um nome, inter-cuidados em contraposição à autocuidado da medicina. Você pega na medicina que usa muito o autocuidado, pega alguém com sofrimento mental e a deixa ficar sozinha, vai afundar.

Então, o que nos resolve é o inter-cuidado. Inclusive as fragilidades nossas mesmas. O dia que a gente conseguir expor a nossa fragilidade e, ‘Doutor, está tudo bem?’. Olha, assim, está acontecendo alguma coisa, percebe, antigamente, a pessoa diz, ‘não’, não fala ‘não’. Aconteceu isso, mas está resolvido, sabe? E até fala... eu acho que isso é uma outra fase que a gente pode mostrar as nossas fragilidades. Então, inter cuidados é isso. De nos cuidar. Eu me sinto muito cuidado, término um dia inteiro de trabalho psiquiátrico me sentido, exige mais esforços do que eu comecei. Como que pode uma coisa destas?

Então, por uma psiquiatria alinhada aos princípios estruturantes do SUS, a saúde como direito de todos e dever do Estado, com equidade e integralidade do cuidado, territorializada e territorializante, porque nós estamos muito desterritorializados, acho que precisa de alguma maneira tomar consciência de se apropriar das questões territoriais dele, com interesse na escuta, compromisso com o vínculo e zelo pelo afeto, dialógica e não iatrogênica.

É isso. Obrigado.

RAFAEL RODRIGUES

Obrigado, Holmes. Passar agora a palavra para Luciana Jaramillo. Por favor, Luciana.

LUCIANA JARAMILLO

Oi, gente, boa tarde! Tinha a apresentação, mas, enfim, vamos conversando. Primeiramente eu queria agradecer o convite para estar com vocês aqui, fazendo eco com esta discussão tão importante que coloca em pauta a epidemia das drogas, pensarmos e repensarmos esse processo é fundamental no intuito de denunciarmos esse sistema pernicioso, progressivo, global, com a questão da medicalização e patologização da vida. E que captura também a diversidade, as diferenças humanas. Então observamos mais, cada vez mais, a vulnerabilidade das crianças expostas diante disso tudo.

A fortíssima incidência destes fenômenos no ambiente escolar, familiar, na educação das crianças, aquilo também que concebemos como infância, ou infâncias. É importante a gente pluralizar esse debate posto que não há uma infância ou uma forma de ser criança. Então é isso. O Holmes falou de cuidado, a gente vai continuar falando de cuidado. Esses fenômenos incidem na forma como se exerce a parentalidade hoje. E como se operacionaliza os cuidados com o sujeito-criança na contemporaneidade. Tanto por educadores quanto por outros especialistas. Então, pensarmos juntos saídas desmedicalizantes é urgente. Eu sou psicanalista e é a partir deste lugar que eu falo hoje.

É importante recordarmos que a noção de medicalização entra em cena com o intuito de denunciar a expansão da jurisdição da medicina para outros domínios. Sobretudo aqueles que dizem respeito a problemas considerados de ordem moral, legal e até mesmo criminal. Trata-se de um fenômeno eminentemente sociocultural, com significativos vieses históricos, políticos e econômicos, cujo foco está na transformação da compreensão dos comportamentos infantis que anteriormente poderiam ser tolerados e não eram compreendidos em termos médicos. Como tutelados pela medicina e transformados em coisa médica.

Historicamente os comportamentos infantis sempre foram fonte de preocupação dos adultos e objetos de tentativa de intervenção médico-pedagógica, podemos lembrar que desde 1902, com John Frederic Still, descreveu uma condição médica de diversas pontas, a verdade estaria disponível e atrelada ao tesouro semiológico médico. Então, tem o efeito de fechamento que se percebe diante de um sinal, um sintoma, o médico completa o par com o seu verdadeiro significado. Então podemos pensar em uma tríade: sintoma - a verdade nosográfica - e o medicamento. Hoje a situação é mais complexa. Não se supõe que o sujeito esteja na raiz dos transtornos que ele mesmo apresenta. Assim, ele nada pode fazer. São seus genes, os efeitos do meio ambiente que ele, sobre ele, sobre nós, a estrutura do cérebro que fazem tal como é. Temos como exemplo os discursos acerca do diagnóstico de autismo, nos TEA. Tudo se passa como se houvesse um componente genético tão determinante, mas sempre tão diferente e próprio de cada autista.

Para além da promessa desses estudos, para além dessas promessas, há um paradoxo a se resolver. Na tentativa de encontrar uma causa única para todos, esses estudos convergem para a irredutível de uma especificidade que marca cada um. As pesquisas genéticas sobre o autismo esbarram na impossibilidade de encontrar uma relação causal simples entre bases genéticas e fenômenos clínicos. Não se pode definir atualmente para o autismo bases genéticas aplicadas a todos, por exemplo. Ao contrário, são frequentemente únicas, específicas para cada caso, eventualmente limitadas a alguns tipos, alguns indivíduos. O autismo ele não pode, nos autismos não podem ser mais atribuídos nem mesmo a uma constelação genética específica.

Então os avanços dessas pesquisas empurram sempre para mais longe, que o real que escapa. Podemos dizer que os psiquismos, o sujeito é eclipsado sob efeito destes postulados relativos às bases biológicas. Então, vamos configurar uma atenção. Quanto mais avançamos nas pesquisas de descobertas no campo das bio-técnico-ciências, mas se aprofunda o conhecimento sobre os sistemas neurobiológicos permitindo inovações que transformam áreas como a medicina, mas restringimos a compreensão dos fenômenos humanos e sociais nesse campo, observado restrições epistemológicas que inclusive não contemplam outras metodologias dos campos das ciências humanas e sociais.

Ou seja, a pluralidade de abordagens que anteriormente estava presente quando se buscava explicar as vicissitudes, as dificuldades individuais e infantis, vai sendo drasticamente capturado por concepções técnico-organicistas baseadas no materialismo biológico. A resposta a remédio, o remédio como resposta. Esse fato ele abole a temporalidade necessária a produção e a criação de saídas para o sujeito em benefícios de respostas instantâneas que prometem extirpar as dificuldades, instaurar um para todos através de saídas generalistas e patologizantes.

Vale ressaltar que as infâncias, o desenvolvimento infantil, precisam de uma temporalidade que antagoniza com a pressa e a cultura da urgência contemporânea. Os comportamentos infantis traziam desconforto e que podiam ser considerados como tendo causa biológica, médicas, claro, porém também podiam ser compreendidas como efeitos de ações, instâncias como famílias, escolas, relacionamentos, entre outros aspectos. Hoje

essas formas de análise são prontamente descartadas e tidas como anti-científicas e não estariam contempladas na leitura contemporânea, no modelo contemporâneo conhecido como medicina baseada em evidências, conseqüentemente, uma psiquiatria baseada em evidências. O que é ainda mais problemático quando falamos de evidências em psiquiatria.

Vemos que a busca pela legitimidade científica ao longo da história da psiquiatria encontrou um solo fecundo na segmentação classificatória contemporânea, principalmente após a publicação do DSM-III, então vemos a substituição da psicopatologia como um campo de confluência de diferentes narrativas e saberes sobre o sofrimento psíquico infantil, pela racionalidade classificatória e segmentar na qual o sistema DSM é o maior exemplo. Então essa combinatória bombástica se apresenta em larga escala nos discursos circulantes nas redes sociais. Por isso se faz necessário traçar brevemente um panorama das vias medicalizantes e patologizantes no cenário atual que recaem sobre as infâncias e uma das principais vias medicalizantes, patologizantes na atualidade são as redes sociais. Tanto na produção de conteúdo como na sua transmissão.

A associação entre Facebook e Instagram promoveu a instauração de vias comunicacionais grandiosas, que produzem e reproduzem, propagam exaustivamente os discursos medicalizantes e patologizantes, e corroboram para um incremento do colossal mercado de serviços associados à saúde mental, onde oferta e procura tornam-se tão ou mais imbricadas do que tais plataformas. Os diagnósticos psiquiátricos são utilizados para mistificação do mercado, associados intimamente ao marketing digital e verdadeiras prateleiras identificatórias da subjetividade. Nas raízes desses movimentos encontramos o culto a performance, individualismo, competitividade, o automonitoramento, comparação social, uma crise ontológica do trabalho, a *empresariização* de si que busca fabricar mentalidades de massa da qual cada um é impulsionado a se governar por si mesmo, e com isso vemos um enfraquecimento de laços de solidariedade, das saídas coletivas e problematizações complexas. Então, há um enfraquecimento do pensamento crítico, complexo. Visto isso, é válido destacar que a medicalização das infâncias hoje adquire novos contornos conforme a época que vivemos e suas particularidades.

Todos esses aspectos levantados recaem sobre aquilo que concebemos como o ideal de infância normal e de criança feliz. Temos uma visão particularmente idealizada desse período da infância. Como se fosse um período repleto de alegrias, de liberdade, de descobertas, de felicidade. E é. Contudo não podemos nos fixar apenas nisso. A infância também é um período extremamente desafiador, no qual as crianças dependem de adultos e os exercícios de suas funções parentais. E de cuidado para se desenvolver. As crianças precisam depender do adulto, muitas vezes atreladas às relações familiares adoecedoras, conflituosas e das quais não tem condições, recursos para manter laços tão significativos.

Vemos que o ideário de uma criança feliz está associado intimamente ao ideal de normalidade. Desse modo, vejo que quando as crianças não correspondem aquilo do ideário social, familiar, parental, escolar, são concebidas como doentes. Suas agruras e vulnerabilidades são rapidamente patologizadas, rapidamente. Dentro da vastíssima, das vastíssimas produções de conteúdo nas redes sociais, é o importante o veículo comunicacional do nosso tempo, vemos uma ampla gama de ofertas, serviços cujo foco é a saúde mental infantil, uma série de discursos, stories, memes e uma série absurda de informações e desinformações sobre transtornos e adoecimento mental, olhadas com rastreio, risco, prevenção, assim como utilizando o medo como propulsor. O medo de perder a saúde mental. A infância torna-se o alvo privilegiado para tais discursos. Sempre foi e hoje adquire outros contornos.

Existe um forte justificativa subjacente a estes discursos medicalizantes dirigidos às infâncias, uma ideia de que se a origem do comportamento dialógico para qual marcadores específicos estão requisitados, logo, drogas, psicofármacos, psicotrópicos, irão corrigir aquela anormalidade biológica se identificadas precocemente. Então, essa justificativa fundamenta uma necessidade de um rastreio cada vez mais precoce e uma intervenção preciosíssima e detecção de vestígios e riscos para o desenvolvimento infantil. Isso acaba sendo a tônica de uma obsessão contemporânea. Nós temos uma junção da vigilância sobre a infância, sobre as infâncias, com as preocupações parentais que através das redes sociais estão extremamente propulsionadas.

Diante deste panorama de aceleração, hiper conexão, urgência, notamos ainda outras mudanças que são concomitantes, dentre as quais, a mudança na gramática do mal-estar e do sofrimento. Que vem adquirindo também novos contornos, entre eles, a associação entre a virtualidade e a gramática diagnóstica, diagnóstica psiquiátrica. Então, se por um lado os diagnósticos psiquiátricos passaram a nomear a relação do sujeito com o mal-estar, com aquilo que não vai bem, com os impasses, com as dificuldades, que frustra o imperativo compulsório da felicidade, por outro não se pode deixar de salientar que no cenário contemporâneo as redes sociais assumem um importante papel neste campo de debate. Posto que um discurso excessivamente patologizante, medicalizante, veiculado nas redes, por profissionais da saúde, leigos, influencers, entre outros, que objetivam conquistar visibilidade e autoridade.

As pessoas se informam e se desinformam através das redes sociais. Tais discursos encontram pais, cuidadores sobrecarregados, exaustos, hiper preocupados, que não querem ser negligentes diante das dificuldades de seus filhos e diante das dificuldades apresentadas pelas crianças. Então, temos aí uma construção de uma ligação difícil que também fomenta a mercantilização da saúde mental. A associação entre o papel da criança doente e o complexo industrial dos transtornos mentais que surge com a promessa de cura. Vemos assim a hiper banalização dos diagnósticos, a *memeficação* da psiquiatria e a *trendificação* dos transtornos mentais, cujas raízes se alicerçam na tríade patologização - medicalização - e mercantilização.

É assim que são apresentados os testes para detecção de transtornos mentais nas redes sociais, são abertos, assim, você identifica o número, uma letra ou alguma coisa assim, ou o auto rastreio, isso é amplamente divulgado. Sempre referido a imagens do cérebro, para verem maior impacto. Então vídeo sobre TDAH, Burnout, tem os transtornos que causam maior sucesso nas redes sociais e que são exaustivamente propagados. E tivemos também chá de revelação de transtornos mentais nas redes sociais. Tem isso. Vocês já viram? Alguém já viu chá revelação aqui? Já? Tem chá revelação.

Então, a gente tem uma inversão. A coisa que a gente está falando, a gente fala do estigma, o transtorno agora vem com essa insígnia de pertencimento. Cadê o chá

revelação...Não podemos esquecer que na contemporaneidade a infância é lançada nas vitrines e se tornou o alvo da cultura da performance de consumo, inclusive de remédios. O binômio escola - infância, ele engendra esses discursos e parece acentuar uma pretensão de saber o que convém ao outro, como uma tentativa de fazer funcionar isso para todos. E seus efeitos são a supressão da diferença. A gente vê isso todos os dias, exaustivamente nas redes sociais. Então, no entanto, nota-se, por um lado fala-se sobre o rastreio, de vestígios e indícios de patologias nas redes sociais, por outro, observamos as crianças cada vez mais à deriva no campo virtual, sobretudo no que se refere as redes sociais e o uso exacerbado de telas das mais diversas, que impactam significativamente sua constituição psíquica, suas relações familiares e suas experiências infantis.

Um grande avanço que tivemos aqui no Brasil foi a Lei 15.100, de 2025, que foi sancionada em janeiro de 2025, deste ano, que restringe o uso de celulares e aparelhos eletrônicos por estudantes nas escolas de educação básica no Brasil. A proibição abrange o uso durante as aulas, recreios, intervalos com o objetivo de melhorar a atenção, a saúde mental dos alunos e o convívio na escola.

Então, a gente vê que os adultos e as crianças, eles estão atravessados, nós os adultos, nós estamos atravessados pela tecnologia, demonstrando certa dependência digital que impacta suas relações consigo e com o mundo. Na era digital a saúde mental também é virtualizada. Ela é associada a virtualização de uma economia de mercado. Então, esse momento da história que vivemos é denominado por Zuboff, como capitalismo de vigilância. Neste, a experiência humana é resumida e transformada em dados de comportamento os quais são inscritos em processos computacionais, algoritmos, inteligências artificiais e convergem em informações preditivas, comercializáveis em grandes corporações.

Gente, longe de querer aqui propagar uma oposição ao avanço tecnológico que se impõe na contemporaneidade e são incontornáveis no que se refere especificamente ao contexto de cuidado com as crianças, é preciso que se contemple os investimentos dirigidos a elas, em um tratamento que leve em conta seu lugar enquanto sujeito de direitos, de desejo, o seu sofrimento psíquico, seu lugar social, a historização do sujeito-

criança. Seus laços sociais dentro e fora da escola. Ou seja, um tratamento que inclua, que a inclua em sua integralidade.

Então, é imprescindível considerar que os cuidados com as crianças também envolvem os aspectos médicos, pedagógicos, claro, porém não se restringem a eles. Se por um lado constatamos a proliferação massiva de diagnósticos psiquiátricos, por outro, observamos o enclausuramento das crianças nos imperativos contemporâneos de sucesso, desempenho, saúde perfeita e bem-estar. Parece existir uma tendência de banir o sofrimento e a diferença, transformando o sofrimento e a diferença em adoecimento. Então, embora haja uma preocupação legítima dos profissionais da escola, implicados com os alunos, também se nota uma incessante demanda social de busca pela justa palavra, pela palavra remédio. Para aplacar o mal-estar de forma rápida e eficaz, uma tendência a idealizar a infância como um tempo de vida cheio de vivacidade, de curiosidade, invenção e brincadeira, cujo esse estado permanente de criatividade impediria a manifestação da tristeza. Nós ficamos avessos, tomamos aversão a essa tristeza e a criança nem sempre está ali desta forma. Feliz, curiosa, inventiva. Jogamos as crianças em um jogo voraz de performance narcísica esvaziada da perda necessária que se opera na satisfação de cada um.

Então, o mal-estar infantil nos faz ratificar que o sujeito do desejo também é um sujeito histórico, ético, político que traz a marca da cultura na qual está imerso. Por isso é imperativo compreender a medicação como um processo paradigmático contemporâneo e que incide sobre as infâncias, captura as diversidades, silencia o sujeito e se relaciona diretamente com a cultura do espetáculo, da performance e digitalizada. É uma economia da atenção que marca forte presença na contemporaneidade. Então, não podemos ratificar o modelo baseado supostamente em evidências que privilegiam uma vertente epistemológica do conhecimento e se autoproclama a-teórico, buscando a relação simplista entre causa e sua respectiva resposta padrão. Então na contramão do que vem ocorrendo, é preciso considerar dispositivos que contribuam com a formulação de respostas diversas e potentes para problemas complexos.

Desmedicar não é uma tarefa nada simples e não implica em respostas prontas. Para desmedicalizar é necessário pensar juntos, pensar com. As respostas são construídas caso a caso, artesanalmente construídas. O cuidado ele precisa ser pensado, precisa ser tecido em articulação, em rede, em uma rede de cuidados. É fundamental considerarmos o atravessamento de cuidados plurais e a participação ativa das crianças no próprio cuidado e as suas implicações também subjetivas. Cuidados médicos sim mas cuidados que incluam outras lentes de leitura como a subjetividade, as perspectivas sociais, raciais, econômicas, históricas, geopolíticas, geopsíquicas, inconsciente, pedagógicas, entre outras.

Desse modo podemos reafirmar: desmedicalizar para subjetivar. Subjetivar. É isso gente. Muito obrigada.

RAFAEL RODRIGUES

Obrigado, Luciana. Parabéns. Vou passar agora a palavra para Paulo Telles. Por favor, fique à vontade Paulo.

PAULO TELLES

Obrigado. Boa tarde! Bem gente, eu vou falar um pouco para vocês, tentar conversar aqui sobre algumas substâncias que têm efeitos interessantes. E elas de alguma forma, pelo menos a meu ver, conversam com o tema da desmedicalização. Então, a gente vai ver aqui, eu acho que elas quebram de alguma forma um paradigma que vem aí, 60, 70 anos, meio que condicionando tanto a cabeça de quem prescreve, psiquiatras, quanto a cabeça de quem procura um tratamento, procura assistência. Quer dizer, como a gente já falou aqui as pessoas chegam para você, ‘aí Doutor, eu tenho esse diagnóstico, me dá o meu lado, me dá o meu remédio’. Então, quer dizer, por mais que algumas pessoas não façam isso, acho que na maior parte das vezes, a maior parte das pessoas ainda tem essa imagem da psiquiatria, da doença mental e assim por diante.

Aqui eu estou trazendo um pouco do contexto, contexto que a gente está, e uma linha do tempo em relação às substâncias que eu vou falar para vocês. Então, quer dizer, a gente está aqui questionando a eficácia da própria estratégia de medicalização, várias apresentações, várias outras, mostrando que são substâncias que apesar de produzirem algum tipo de efeito interessante, elas têm um grande potencial de trazer questões negativas associadas ao seu uso, principalmente ao uso indevido, que é o que tem acontecido com muita frequência, antidepressivos por dezenas de anos e assim por diante. De certa forma é o que a gente vem experimentando aí desde a década de 1950, ou seja, quase cinquenta anos, desde que os primeiros fármacos foram, os mais modernos entre aspas, foram desenvolvidos, nós temos uma redução da experiência humana, da experiência subjetiva em detrimento à questão bioquímica. Você tem um desequilíbrio bioquímico que o remédio vai curar.

Então, houve um predomínio, esse predomínio da lógica da medicação, então a gente teve aí a meu ver, e até uma coisa que a gente estava conversando antes, uma certa vergonha de ser psiquiatra, uma estagnação da psiquiatria biológica, na psiquiatria biológica, na improdutividade, na ineficácia desse sistema. Essa linha do tempo a gente tem aí a síntese dos medicamentos mais usados, os tricíclicos, os neurolépticos, das décadas de 1950, 1960. Nós tivemos um pequeno período de uso de substâncias que são estas substâncias que eu vou comentar hoje com vocês, que são os psicodélicos, principalmente. Essas substâncias estiveram entre nós por uns dez anos, lá por volta dos anos 1960, elas logo depois foram proibidas por diversos fatores, mas, entre eles, mercadológicos, e até os anos 1920 esse uso proibido, não existiam pesquisas sobre essas substâncias a gente teve então um período congelado em relação a isso. E agora a gente está vendo o que eles chamam de *back to future*, De volta ao futuro, ou seja, a gente começa a ver a possível utilidade dessas substâncias, coisa que foi estudada de forma razoável lá na década de 1950, 1960.

Essas substâncias foram estudadas por pessoas importantes naquela época. Então a gente vai voltar um pouco a este tipo de estudos, mas agora ultimamente. Então, entre as substâncias que se apresentam, são somente substâncias psicodélicas e até substâncias naturais. Ou seja, são substâncias que também falam sobre a questão da medicalização no

sentido que são substâncias que você não pode ter uma patente sobre elas. São substâncias já conhecidas há muito tempo ou são substâncias naturais na sua maioria até que não podem ser patenteadas também. Não desperta um interesse na indústria farmacêutica até para eventualmente substituir algum tipo de tratamento anterior com eles. Cannabis medicinal, os psicodélicos, os MDMA que é o êxtase, a cetamina e novas substâncias. Então aqui a coisa fica mais confusa ainda. Substâncias sintéticas, da nicotina, NRF2, peptídeos, enfim, uma infinidade. Realmente milhares de substâncias.

A gente vai ver no quadro aqui que eu vou mostrar mais adiante, a quantidade de substâncias novas que são sintetizadas por ano, nos últimos anos, milhares de substâncias, com potencial terapêutico, inclusive. Mas a maioria delas utilizadas como forma de driblar o proibicionismo. Essas substâncias modificadas, aqui e ali, mas que escapam da proibição. Elas não estão entre as substâncias proibidas, logo, não existe uma legislação que as proíba, vamos dizer assim, que causa sanções para quem usa e para quem trafica. Então, esta nova abordagem tem um diferencial também, eu acho que... um diferencial mesmo, que é você não apenas acreditar no efeito biológico da substância. De você ter que considerar necessariamente, a gente vai entender por que, a experiência subjetiva e o contexto dentro da utilização dessa substância. Então, estas questões são questões fundamentais quando se pensa em alguma inserção dentro do modelo desmedicalizante que justamente eliminava essas outras dimensões, além do biológico, da relação médico-paciente e doença mental.

E aqui, eu acho que as substâncias emblemáticas nesse sentido, são os psicodélicos clássicos. A psilocibina, LSD, DMT, a mescalina, elas são substâncias todos naturais, com exceção do LSD, que é sintetizado em laboratório, mas aí, lá na década de 1950, mas antes disso, o próprio DMT é sintetizado por nossas células, usamos o DMT lá para alguma coisa, não se sabe muito bem por quê. Antigamente se pensava que só a pineal pudesse ter, mas várias outras células do nosso corpo produzem, então a gente não sabe exatamente o que elas fazem na gente, mas elas existem. Então, tanto é que existem os receptores DMT que são os mesmos receptores que são, vamos dizer assim, acionados pelos outros psicodélicos clássicos. E os receptores que mais são afetados por estas substâncias são os receptores 5-HT_{2A}.

Isso aí também é interessante porque quimicamente falando ou biologicamente falando, esses receptores estão nos neurônios numa posição meio estratégica dentro do nosso cérebro. Eu não quero aqui trazer a discussão para questão biológica, eu também acho que isso é fundamental nestas substâncias, a experiência com elas não se reduz a você receitar isso aí todo dia, realmente é diferente, eu vou explicar como. Mas, enfim, parece também que a um nível biológico há uma certa coerência entre os efeitos que elas exercem no sistema nervoso central e uma possível ação terapêutica. Está claro? Então, assim, qual o potencial destas substâncias? Tem sido muito estudado nos últimos dez anos, tratamento de depressão resistente, estresse pós-traumático, uso indevido de drogas, inclusive tratamentos em questões psiquiátricas que são extremamente delicadas, a alta mortalidade, por exemplo, que é a anorexia nervosa.

E o que é mais importante é o efeito destas substâncias ele não é simplesmente mediado pelo seu uso. Ele tem que ser, ele tem que passar pela experiência subjetiva. Fala um pouco mais no próximo slide. Se chama isso de experiência subjetiva. Experiência subjetiva vai incluir dentro da esfera de tratamento, algo que não existia nestes últimos 60 anos, *set and setting*. O que é isso? É exatamente, o *set* é exatamente o estado da pessoa, é o estado psicológico. É como a pessoa se encontra. Quais são as expectativas? Como ela reage ao mundo? Quais são as suas questões? Então isso aí tem que ser considerado no tratamento, tem que ser preparado, a pessoa que vai se submeter a esse tratamento ela tem que ser preparada, ‘olha, o tratamento não é um tratamento qualquer. É um tratamento que, inclusive, tem uma dose de sofrimento que é inerente ao uso’. Eu só uso drogas prazerosas em primeira instância? Não. Não é algo feito a cocaína, não é algo feito opioide, não são substâncias estimulantes nem depressivas, nem depressoras no caso que trazem algum tipo de alívio ou de alguma recompensa. Não são. São substâncias, pelo contrário, que muito frequentemente levam a pessoa a cenas de grande sofrimento. Eu vou falar um pouquinho sobre isso depois também.

Mas, enfim, essa questão do *set and*, ou seja, a pessoa, e o *setting*, o *setting* vai desde a questão social onde está imersa esta pessoa, tudo tem que ser considerado em um tratamento deste tipo. Há um próprio micro *setting*, que é exatamente essas duas figuras que eu coloco embaixo, que são as mais variadas possíveis. Ultimamente, mais

recentemente, a gente tem aqui essa cena do laboratório, não sei como é que faz isso aqui, essa cena de laboratório, como é que são as terapias com essas substâncias. Elas são substâncias que você usa ou uma ou duas vezes, não são substâncias que se repetem, nem toda semana. São substâncias de um evento de uso, dois eventos de uso, no máximo três ou quatro, e elas são acompanhadas por um intenso acompanhamento psicológico.

Então, eu trouxe uma fotografia de como é um destes laboratórios, eu tive a oportunidade até de conhecer lugares agora em julho, então em geral são dois profissionais de saúde mental que acompanham o paciente que, em geral, tem uma sessão que dura, dependendo do tipo de substância, do tipo usada, pode demorar até 15 horas. O paciente passa por sessões preparatórias e tudo isso é explicado para ele, a gente tem toda a importância da experiência subjetiva, o paciente conversa com estes profissionais de saúde mental o tempo todo, anotam depois da experiência várias coisas. Existem várias sessões de acompanhamento e várias sessões preparatórias para a pessoa entrar nesta questão do setting efetivo, do setting do laboratório. Ou, como eu mostro depois, o setting totalmente diferente onde também são utilizadas estas substâncias. Aqui, essa segunda foto, é a foto de uma Igreja do Santo Daime, para chamada não vegetal, em que o contexto é um contexto muito mais para um grande público. Eles de alguma forma, o setting nestas Igrejas, é um setting justamente que vai dar suporte para a pessoa lidar com as questões que surgem durante, entre aspas, a viagem com as substâncias alucinógenas.

Eu digo, assim, que é fundamental nesse processo, a preparação, a experiência subjetiva e a integração desse processo. Isso tudo é feito com a interação humana, daquela que exatamente não se tinha no modelo anterior. A interação humana no modelo anterior era uma interação de minutos de um médico que prescrevia, dava a sua receita, mandava voltar daqui há tanto tempo, quer dizer, sei lá, 15 minutos. A gente tem ali um nível de interação humana bem mais intenso, provavelmente outros fatores que levam ao sucesso terapêutico. Então, as pesquisas mostram que a gente tem resultados duradouros, mesmo após poucas sessões. Está aqui um pouquinho de cada uma destas substâncias. E aqui o que eu quero chamar a atenção, esse quadro complicado, mas nesta última coluna, a duração nestas substâncias tem uma duração muito diferenciada indo de cerca de 20 minutos, no caso do DMT, há cerca de 15 horas, 14 horas, no caso do LSD.

Existem terapias feitas com todas estas substâncias. Nesse mesmo laboratório que eu visitei agora em julho, um dos pesquisadores que me provocou toda a tempestade mental para me interessar nesse assunto, eu pedi para conhecer o laboratório dele, fiquei um dia lá, participei de várias reuniões com a equipe dele, inclusive eles estão traçando uma nova terapia agora, acabou de ser aceita pelo FDA, uma terapia com LSD. E eu fiquei muito espantado, assim, porque pensei assim, ‘vem cá, essa terapia é para quem?’. Eles chegaram para mim e disseram, ‘são pessoas que estão *bored* [entediada], pessoas que estão aborrecidas com a vida’. Eu falei, interessante. Quer dizer, quem é a pessoa que vai procurar o tratamento, quem pode dar entrada nesse tratamento? São pessoas que estão achando a vida meio *bored*. Então, a gente vê que eu estaria em alguns momentos da minha vida certamente incluída na população que podia fazer este teste. Eu fiquei interessado. Vão ver...

Aqui é um pouco de o que seria um mecanismo biológico, que eu falei lá daqueles neurônios 5HTP2, se teria um mecanismo biológico que poderia, não existe nenhuma certeza sobre isso mas eu estou trazendo algo que as pessoas acham que pode ter alguma relação com a questão terapêutica. Então, aí a gente tem o cérebro, aquela famosa ressonância magnética funcional e que você tem nessa fotografia aqui do cérebro real, as partes azuis são quando você faz uma diferença da interconexão dos vários sistemas cerebrais diferenciando o normal do sobre o efeito. Então você tem aí, o que que mostra, essas substâncias diminuem a conectividade de algumas vias do cérebro. E eles chamam estas vias, que normalmente estão conectadas na nossa vida da vigília, chamam-se o *default mode network*, modo de funcionamento normal, que seria nestas duas bolas, assim sistematicamente, a primeira bola ali. A gente teve algumas vias preferenciais de comunicação entre os sistemas neuronais do cérebro. E quando você tem, essas substâncias estão fazendo efeito, eles chamam *scramble*, há um embaralhamento dessa comunicação, você teria um grande aumento da interconexão neuronal durante o efeito destas substâncias.

O que significa isso ou qual a teoria que está se postulando? A pessoa sairia de um círculo vicioso. É como se ela estivesse num círculo vicioso ali, o computador congelou, ela fica naquela tela parada, nenhuma coisa funciona mais. Então entra, a

pessoa que está em um nível de depressão e não sai dele, a pessoa que está em um nível de estresse pós-traumático e não para de pensar naquelas coisas, é como se o alucinógeno, a substância psicodélica quebrasse essa, desse um reset nessas conexões e cria uma oportunidade de o cérebro estabelecer novas conexões. Inclusive se provou que estas substâncias têm algum poder de neuroplasticidade, ou seja, especificamente estabelecer novas vias de comunicação no cérebro.

Aqui alguns resultados, nós temos alguns resultados, trouxe os estudos de lá, mas o que interessa aqui é mostrar para vocês a comparação de efeitos de pessoas submetidas a uma sessão, nesse caso, de psilocibina em comparação com uma droga placebo. Isso é uma vitamina B. Então a gente tem aí a comparação da psilocibina com a vitamina B em relação a diminuição de sintomas depressivos. Então a gente tem aí o efeito da psilocibina significativo, reduzindo os sintomas da depressão em pacientes com diagnósticos de depressão maior. E esses efeitos perdurando por mais de um mês, nesse caso aí deste estudo.

Este outro estudo aqui também compara diversas doses de psilocibina e o que se acredita abaixo de 10 miligramas, que são as duas curvas anteriores, não existiria um efeito psicoativo. E acima de 25 miligramas você teria esse efeito. De novo uma diferenciação, ou seja, na diminuição das escalas de depressão e nesse caso aí, em pacientes que estão em uso de medicação psiquiátrica há muito tempo, está há muitos anos tentando diversos tipos de antidepressivos, não conseguindo sair da crise. E com o uso destas substâncias eles conseguiram uma diminuição significativa dos sintomas. Aqui mais um caso, uma comparação entre um antidepressivo comum, para recapitulação de serotonina, escitalopram, com a psilocibina, de novo, mostrando... nesse caso não houve uma diferença muito grande. Mas em todas as comparações, a psilocibina se mostrou melhor. No caso aí, tanto na diminuição dos sintomas depressivos como no aumento da sensação de bem-estar.

Aqui, vamos assim, esse foi o estudo que me provocou, inclusive, a busca do Paulo, para buscar um pós-Doutorado, e foi justamente esse estudo, que foi um estudo que avaliou o efeito da psilocibina em pacientes, são duas doses, uma de 10 e uma de 25,

a de 10 era um teste e a de 25 era efetivamente onde a pessoa tinha o efeito psicótico ativo com uma dose. E você obtém resultados duradouros que vão até seis vezes, os pacientes deixaram de usar o antidepressivo. Os pacientes não estavam em uso depressivo, pacientes crônicos de depressão, pararam de usar o antidepressivo e melhoraram dos sintomas. E esses sintomas, essa redução dos sintomas, perdurou durante seis meses com uma administração da substância. Então, isso me impactou. E quando a gente conversou, teve uma situação aqui na FIOCRUZ, a guerra aqui, a gente teve que conversar lá perto da casa dele, ele falou assim, ‘você conhece a desmedicalização?’. Aí eu falei, ‘mais ou menos. O que que é?’. Aí ele me explicou. Poxa, eu falei, uma coisa tem um pouquinho a ver com a outra, na minha opinião. Então, eu estou trazendo para vocês um pouco dessa conversa que eu tive comigo mesmo e com ele em relação a essas substâncias.

Aqui, um pouquinho da cannabis medicinal, não vou entrar em detalhes, mas só falar também que é uma substância natural que promete muito. Eu antes de estudar cannabis medicinal, eu não tinha a menor simpatia com esse tema. Até porque, eu sou diretor de um Núcleo que se preocupa com a questão droga, mas, até então, eu me preocupava com a questão tratamento com o uso indevido e não é verdade. A gente não tem que estar tratando, a gente tem que pensar em droga de uma maneira em geral, claro pensar também nas pessoas que estão tendo uma relação ruim com a droga e tentar de alguma forma equacionar isso. Mas eu acho que a maconha medicinal tem seu lugar pela sua segurança e pela sua utilidade. Eu também acho que foi uma substância, que eu acho que é uma das substâncias responsável pelo final, ou pelo início do final do proibicionismo, justamente pela importância que este remédio tem para certas patologias que a medicina convencional, os remédios convencionais não vão atuar, mas eles conseguem atuar, ações eficazes, são seguros, principalmente, então e na questão da economia terapêutica. A própria cannabis medicinal ela vai ter um fator e um fator de interação com o profissional que prescreve. É fundamental essa interação. A dosagem é extremamente individualizada. É o contrário do antidepressivo que é aquele comprimido de manhã, ou talvez nos casos mais graves, dois comprimidos ao dia. Não é. Se você fizer isso com a cannabis medicinal, não vai dar certo.

Então, eu acho que isso aí coloca o paciente na cena do tratamento. Ele obriga isso acontecer, ele faz isso acontecer. O estudo que a gente está fazendo lá no NEPAD, nessa plataforma que é uma parceria entre diversas estruturas, em que a gente está usando a cannabis medicinal para usuários de substâncias estimulantes, metanfetamina, cocaína e crack. Então a gente ainda está começando este estudo, é provável, ano que vem provavelmente terei notícias sobre isso.

Aqui um pouco de outras substâncias, é o MDMA, não vou entrar em detalhes, faltam pouquinhos minutos, passar correndo por isso aí. Então, o MDMA, isso é muito interessante para certas patologias, a cetamina também é uma substância que se mostrou valiosa no tratamento da depressão. Aí a questão do micro dosagem, a questão dos vários outros componentes que estão sendo sintetizados, depois utilizados. Aqui, só aquele quadrinho que eu prometi trazer para vocês. Esse é o número de substâncias novas ou produzidas, esse é um relatório da UNODC, mostrou isso, ano passado bateu recorde. Não dá para ler, provavelmente, foram 688 novas drogas vivenciadas, confiscadas na rua. Uma farmácia, uma química completamente diferentes. São milhares de substâncias, essas aí apenas as psicoativas, mas existem várias outras que são usadas sem efeitos psicoativos também.

Então, aqui um novo modo de pensar, a meu ver, a correção bioquímica, você passa a priorizar um pouco mais a experiência subjetiva. Ou seja, ela é fundamental nesse processo, ela direciona o efeito que vai ter a interação com essas substâncias, pode ser em um contexto de festa rave ou pode ser em um contexto de você sair de uma depressão. Ambas as drogas podem ser usadas com consequências completamente diferentes. Então o foco, no caso da terapia, a busca terapêutica dessas substâncias, é o foco na relação entre o ambiente e o contexto. A integração dessas substâncias, essas dimensões biológicas, psicológicas e sociais.

Então, sem dúvida, a desmedicalização para ser o novo horizonte, a gente viu aqui como vai ser difícil fazer isso, mas eu acho que, como o Paulo falou, começa por aqui, começa pelo seminário. E esse, que a gente tem convicções internas sobre isso, fica mais seguro até de assumir essas convicções porque a gente sabe que tem parceiros nesse

processo. Para mim, por exemplo, isso é extremamente importante. É importante reduzir o uso automático de psicofármacos, resgatar o cuidado com a experiência humana e não como uma correção bioquímica, integrar a ciência, a cultura e a subjetividade.

Então, aqui ressalto mais uma vez, o desafio não é substituir remédios velhos por novos e sim repensar o próprio lugar da medicação na saúde mental. Tá certo? Então, mais do que drogas as pessoas talvez possam ser... são as mudanças de paradigmas. Essas experiências de cuidado são encaminhadas para uma psiquiatria mais integrativa, mais desmedicalizantes. Ok? Obrigado, pessoal!

RAFAEL RODRIGUES

Obrigado, Paulo! Bom, nós temos cerca de dez minutos ainda, acho que dá para uma ou duas perguntas. Então, tem alguém querendo fazer alguma pergunta? Sejam breves por favor, para que possamos todos e todas dialogarmos aqui nesse momento.

PARTICIPANTE RAFAEL

Boa tarde a todos, todas e todes! Meu nome é Rafael, igual ao xará que está aí na Mesa. Eu queria fazer uma pergunta sobre as boas práticas no campo da saúde mental e que visam a desmedicalização. A Mesa da manhã também tocou nesse assunto, você tem o Open Dialogue, que está começando a ser discutido no Brasil com mais força, o Ouvidores de Vozes, a estratégia GAM - Gestão Autônoma da Medicação - que já está capilarizada no SUS, na Atenção Psicossocial, e um elemento importante da GAM é que, quando ela foi traduzida da experiência do Canadá, do Quebec para o Brasil, a última parte do Guia não foi traduzido, que é a parte da retirada da medicação. E isso está sendo um projeto de pesquisa novo para atualizar o Guia e incluir este debate da desmedicalização, da retirada. Porque eu acho que é uma questão política que agora eu acho que é o momento também de enfrentar.

Eu queria que vocês falassem das boas práticas, o que que está acontecendo no campo da experiência de vocês no sentido da desmedicalização?

PARTICIPANTE DOUGLAS

Boa tarde a todos e todas! Sou Douglas, sou enfermeiro de formação, militante da saúde mental, estudei aqui nesta Casa, com o professor Paulo Amarante, fazendo a minha especialização agora, estou terminando o Mestrado no IPUB. Acho que não é uma pergunta, é uma reflexão que corrobora com o que o colega trouxe, eu queria trazer uma reflexão a respeito das medicações especificamente na questão da Baixada Fluminense. Sou morador de Nova Iguaçu e tendo atuado na atenção primária, saúde mental há 14 anos, 13, 14 anos, a gente percebe um uso indiscriminado das medicações de um modo geral, sendo inclusive a atenção primária o maior prescritor de medicamentos psicotrópicos e tantos outros.

Mas como pensar especificamente a questão da desmedicalização em pessoas tão vulnerabilizadas como as da Baixada Fluminense com diversas questões sociais, de vulnerabilidade socioeconômicas, enfim, uma série de questões que perpassa pela prática do cuidado, tanto que a gente tem essa dificuldade de tirar esse papel, essa questão da medicação nas pessoas, em especial, na Baixada Fluminense. É muito difícil a gente trabalhar essa desmedicação na Baixada Fluminense. Eu queria que vocês falassem um pouquinho sobre isso.

PARTICIPANTE SARA

Boa tarde! Eu sou a Sara, estou na Rede, estou no SUS do Rio de Janeiro, participei ontem aqui. Eu queria trazer algumas coisas, eu estou pensando desde ontem, e também amarrar com que a Luciana, pensando as infâncias, com a exposição das Mesas, me fomentou a pensar um pouco o quanto hoje é impressão, estando na Rede do Rio, é de que há ainda muitos desafios e que as forças estão sendo cada vez maiores. Hoje pela *cid-*

dadania, como o Paulo trouxe ontem, a população que acessa os serviços busca a bio identidade e demanda medicalização da vida como forma de adormecer, não quer experimentar as vivências. E é importante trazer o quanto do ponto de vista ainda da Rede é adoecedor também para os profissionais. Principalmente fazer essa sustentação de uma lógica antimanicomial sendo questionada, inclusive, dessa coisa aí de que é antimanicomial. Sendo questionado por ser inflexível, por bancar diretrizes, a descentralização da figura do médico apontado ainda por essa busca de um modelo asilar de cuidado.

Que me leva muito também a pensar sobre o que o Robert trouxe, o que vem depois do CAPS? Pensando também o que o colega trás das extremas vulnerabilidades, das vivências que hoje acessam o CAPS por um sofrimento que é mais social. Pensando também os desafios que as equipes esvaziadas enfrentam e ao mesmo tempo a enorme dificuldade também de se debruçar sobre estudos acadêmicos e de acessar espaços, por exemplo, como esses aqui que expõem e trazem conteúdos muito novos. Ontem o Adam trouxe uma pesquisa que é de 2026, que ainda vai ser exposta. As publicações são resistências, mas como se fazer acessível numa realidade social em que as coisas despertam, que despertam interesse hoje, são mais rápidas, são mais curtas? Como fazer acessíveis publicações que por vezes são extensas para um público que hoje não se debruça mais, inclusive, em ler?

Esse é meu desafio inclusive enquanto gestão, também, dessa Rede. E aí queria trazer uma provocação para a gente terminar, como vamos nos organizar para entender o que estamos fazendo e para onde vamos? Retornando a pergunta, o que vem depois do CAPS?

E queria terminar trazendo uma experiência anterior do CAPSi, de uma criança que muito confrontou todo o funcionamento de uma lógica do CAPSi, que surge para o CAPSi denunciando as mazelas, das vulnerabilidades sociais e que mobilizou toda a Rede do município. A criança que para a gente estava rompendo a lógica, inclusive, desse sofrimento de uma família de seis filhos, de uma mãe com uso abusivo de substâncias e é levada para o serviço de saúde mental com uma criança que está adoecida, com uma

criança que precisa ser medicalizada. Eu queria fazer este grande apanhado e devolver um pouco para a gente poder pensar também. Obrigada.

HOLMES MARTINS

Deixa só eu fazer um comentário com as excelentes falas sobre teste. Tem um programa na TV Educativa que uma vez mostrou navios de imigrantes chegando em Nova Iorque e testes sendo feitos, testes de QI. E aí, rapidamente, perguntaram para uma mulher imigrante vinda da Europa Oriental, para fazer um teste de inteligência, como é que ela lavava a escada. Se ela lavaria a escada de baixo para cima ou de cima para baixo. E ela ficou sem avaliação porque ela respondeu. ‘Se vocês acham que eu atravessei um oceano inteiro para lavar escada de alguém, vocês estão muito enganados’.

E sobre substância, eu tenho uma hipótese que surgiu da questão da anomalia como conceito matemático, que eu respeito aquela curva hiperbólica para retirada, mas de repente por uma circunstância a pessoa ficou subitamente sem medicação. Essa que estava no exterior. Então, Viva Paris! Eu chamei a anomalia de Paris. Eu chamei também de anomalia de Mallorca, por conta disso. Então, são anomalias, pensando matematicamente não como defeito ou problema. Algo acontece que muda e, evidentemente, existem alterações bioquímicas de nosso corpo porque nós somos biológicos, mas falar que é um problema biológico o que causou um estado de ânimo é a mesma coisa que chegar um especialista depois de um incêndio florestal, ‘descobrimos qual foi a causa do incêndio. Como os senhores podem ver, foi o carvão.’. É a consequência e não a causa. Então, isso evidentemente.

Eu tenho uma hipótese que é a seguinte. Nós, como organismos, temos uma capacidade de... é um parque industrial. Nosso organismo é um parque industrial de dimensão galáctica, que seria como uma Biomanguinhos de tamanho estelar, zipada na dimensão do humano. Quer dizer, nós temos uma capacidade de produção de substâncias que nós ainda não descobrimos. O nosso cérebro se comunica com o intestino que por sua vez se comunica com o fígado, ou seja, existe um trabalho. E mais do que isso, uma vez

aqui na FIOCRUZ, na década de 1990, um pesquisador tcheco chamado *Opgopoli*, ele na época tinha sido um dos nomeados a, indicados ao Nobel, ele foi a pessoa que identificou que uma árvore que precisa de nutrientes, recebe nutrientes de uma outra árvore via micéia de fungos.

Então, isso mostra muito de qual a dimensão que a gente tem. Então nós não apenas fabricamos as substâncias, mas nós trocamos substâncias com o outro. Naquele filme ali do *Spiks*, um extraterrestre vai dar um tiro em um humano, aí o outro extraterrestre interrompe e diz assim, ‘não, não mate um humano. Eles são importantíssimos para a cadeia reprodutiva dos mosquitos’. Então, sabe, nós quando nos comunicamos, e tem já trabalhos que mostram, assim, tem quiméricas, pedaços de organismos que chegam no outro. Outra coisa, genético, a palavra genética tem mais de dois mil anos. Inventaram um DNAgético, é genético. E que os genéticos eles se interrompem ali no tempo. Existe o conceito de epigenético, que também pode ser trocado, que é longitudinal.

Agora, respondendo rapidamente, o que vem depois do CAPS? Houvesse mais cuidado e zelo com os professores, necessitaríamos menos de médicos, menos de psiquiatras, menos de trabalho na saúde. Eu acho que o que vem depois do CAPS no futuro, é um mundo menos patologizado. Estamos tentando, caminhando para isso.

Sobre a Baixada Fluminense, eu acho o seguinte: medicamentos não substituem relações. Se ele está incluído na relação e a pessoa está, não tem nada colocando no cérebro, mas ela está numa circunstância... tem um conceito muito interessante, que é o conceito de corpo-território. Se o corpo-território está adoecido, posso usar a medicação, mas ele tem que estar lá presente. Eu acho que é isso. Eu sintetizei esta pergunta.

RAFAEL RODRIGUES

Vamos só responder as perguntas que foram feitas, depois passamos para as próximas, e tem algumas também que estão aqui no youtube. Ok?

PAULO TELLES

Bom, eu queria falar, porque assim, foi colocado a experiência da desmedicalização. Como se aplica isso? Como que isso pode funcionar? Como isso aí pode dentro da nossa situação atual, a medicação da violência, eu diria que não é só uma questão da violência. Claro, está sendo usada de forma indevida, está se focando ali uma situação que a pessoa está desesperada. Realmente reprimir tudo na pessoa para que ela fique ali inativa, imóvel, não reaja a violência que ela está sendo submetida. Na medida que isso não é só privilégio das populações... claro que isso aí é o pior. Mas eu diria, assim, eu acho que perpassa toda a nossa sociedade. Pessoas da minha classe social, entendeu, elas têm uma visão medicalizante da vida, da doença, extremamente forte. Eu tenho famílias amigas, mas que todo mundo toma remédio. Às vezes fica assim, ‘Paulo, dá para você dar uma receitinha disso aqui que ele não deu para ele...’. Eu falo... eu tenho um bloco de receituário azul que eu tenho desde que eu me formei, eu odeio medicar. Então quando a pessoa fala eu digo, ‘eu sinto muito. Meu carimbo eu só uso para fazer documento. Eu detesto medicar’. Entendeu? Eu explico para a pessoa e claro a pessoa vai ficar chateada comigo.

Mas, assim, realmente, acho que... eu já tive situações de trabalho que também foram horríveis. Mas não eram pessoas que atendem uma população mais vulnerável, nada. Pessoas que estão ali há um nível até razoável, mas a demanda que o social faz sobre você para pertencer ao movimento da medicalização e, digamos assim, todo sistema que perpetua, estavam falando aí a questão da educação. formação, eu sou professor na UFF, não há nada, não há nada que dentro da Faculdade de Medicina, eu sou professor lá, que chame a atenção. ‘Fulano, olha, não é bem só medicar que a gente tem que fazer, não é bem só dar o antidepressivo quando alguém está triste, há muito mais coisas além disso’.

Só que o que eu acho é a gente precisa, como eu falei, a gente precisa ter uma certa retaguarda para afirmar coisas diferentes, porque eu me sinto às vezes tão inseguro de falar assim, ‘gente, olha só se eu não escutar o paciente não vai adiantar nada. tem que escutar’. ‘Mas não, é só dar um antidepressivo’. Falei, ‘não, não é isso. Quem falou

isso?’. ‘Não, está aqui no livro, aqui não sei o que...’. Então é complicado. Mas eu acho que a coisa começa justamente por si mesmo, cada um de nós aqui tem uma responsabilidade de levar adiante essa ideia se achar que ela é interessante. Então é uma responsabilidade. É chegar e dizer não. Eu não sou assim. Enfrentar as consequências que atualmente eu acho que existem até consequências, nós somos minoria, não tenho a menor dúvida, somos uma minoria que vê de forma diferenciada a questão da medicalização. Uma pressão intensa, social, econômica, propaganda, à lavagem cerebral.

Então, quer dizer, eu acho que a gente vai ter que se posicionar enquanto indivíduo e efetivamente enquanto grupo. se organizar, tipo uma resposta para isso, promover alternativas para isso de forma a poder mudar as coisas no futuro.

LUCIANA JARAMILLO

Gente, cada resposta, assim, eu queria ter mais tempo para responder a cada uma. Mas eu acho que, em síntese, questões complexas exigem respostas complexas. Então a gente não pode simplesmente achar que um remédio vai eliminar questões sociais, precariedades, vulnerabilidades das mais diversas. A gente está falando da precarização dos nossos serviços... são tantas coisas que poderiam estar em pauta. Acho ótimo, assim, acho que a gente precisa pensar em boas práticas em saúde mental para além do uso de medicamentos e tentar colocar mais isso nas Redes. A gente estava até conversando, não é Rafael, o lugar da Rede nas Redes. De um lugar, tudo bem, somos um discurso contra hegemônico, somos minoria, mas precisamos falar, transmitir também esse discurso. E é isso.

RAFAEL RODRIGUES

Tem uma pergunta ali, Paulo, depois trás o microfone para o Paulo colocar...

PARTICIPANTE THIAGO

Boa tarde, não é uma pergunta exatamente, mas uma percepção para jogar para a Mesa e pode até ser debatido. Eu me chamo Thiago, também sou de Nova Iguaçu, sou psicólogo e atuo com neuropsicologia, psicologia clínica e sou recentemente servidor público lá da Educação. Inclusive, a subsecretaria de Educação me liberou para estar aqui ontem. Hoje lá é feriado, ontem não, foi o meu dia de plantão e fui liberado. Então, fiquei até feliz por isso porque eu argumentei justamente que era importante estar em um evento como esse para não ser mais um reforçador da lógica medicalizante nas crianças e com os adolescentes. E aí, na minha abordagem de terapia é a Gestalt-terapia, a gente trabalha com essa lógica do contato onde a gente tem a PEB com a fronteira de contato que nos separa entre o eu e os outros.

E aí eu venho observando, refletindo, e pesquiso também no campo da religião o como pensarmos uma forma de mudança também passa por entender essa produção de subjetividade que vem pela religião. E aí eu vou lembrando, principalmente do cristianismo que é majoritário na nossa sociedade, por exemplo, a ideia que Jesus é o médico dos médicos, a ideia que Jesus tomou sobre si as nossas dores. Então, se nós virmos as práticas religiosas e as práticas falocêntricas sociais, tudo aquilo que penetra tem poder. A bala que penetra... A arma ela existe para impor a norma e regra porque ela tem um poder penetrante através da bala. A espada, na lógica antiga, aquilo que pode transpassar.

Ou seja, tudo isso atravessa essa superfície que é a pele e entra no corpo e produz alguma forma de controle. Se nós tivermos a Santa Ceia, por exemplo, quando as pessoas comungam do corpo e sangue de Cristo, a ideia de que aquilo vai entrar e vai compor ela internamente e sua construção de sujeito. Nós vamos ter a hóstia na Igreja Católica que as pessoas também consomem como mito de transformação. Vamos ter, por exemplo, nos espíritos kardecistas, que também são considerados cristãos, eu acho que é interessante porque é sempre uma lógica que o primeiro lugar que a pessoa desencarnou falou, pronto os hospitais espirituais, ser cuidado pelos médicos espirituais.

Então, eu acho que essa é uma concepção assim importante da gente considerar e aí moveu, compartilhando com vocês quando o outro colega de Nova Iguaçu fala sobre a realidade da Baixada, que as pesquisas vêm mostrando também essa ascensão do cristianismo, especialmente o evangélico, entre as populações mais pobres, como uma substituição daquilo que falta do poder público. Aí nós vamos ver, por exemplo, os cultos da Igreja, que é o culto da cura, culto da libertação, o culto da família e fazer esse culto de cura como também vem com uma lógica de substituição talvez da falta de acesso adequada a medicina e os outros cultos como até falta de acesso para psicoterapia, como o culto da família por exemplo.

Então é só, assim, a consideração que eu gostaria de trazer e compartilhar para a gente pensar juntos e trazer para a Mesa isso, o que de repente faz sentido ou não com a experiência de vocês. Obrigado.

RAFAEL RODRIGUES

Obrigado. Mais uma pergunta ali.

PARTICIPANTE MARIA DE BETHÂNIA

Bem, meu nome é Maria de Bethânia. Eu quero me apresentar, conheço aí uma parte da Mesa, o Paulo Telles e também o Paulo Amarante. E, assim, eu sou psicóloga, vamos dizer assim de nascença, sou sanitarista cria desta Casa, e trabalhei 32 anos em Angra dos Reis com os povos Guarani. Eu fui a primeira psicóloga do SUS concursada a trabalhar dentro de uma aldeia onde até hoje é o primeiro posto de saúde do SUS credenciado em área indígena. Paulo Telles acompanhou um pouquinho disso. E aí eu estou trazendo para vocês hoje, como aposentada eu fui chamada pelo Estado para poder ser um apoio institucional dentro da Coordenação de Ações em Saúde para Populações em Situação de Vulnerabilidade, que inclui indígenas, quilombolas, caiçaras.

Então, veja, eu estou trazendo ao mesmo tempo uma provocação para a gente poder pensar juntos. É sabido hoje o quanto que está existindo do aumento acelerado de suicídios entre jovens e crianças. E quando se fala da população indígena isso tem crescido assim muito grande. Então, a gente que é, eu vou falar a palavra *jorúá*, em guarani *jorúá* é homem de bigode que veio colonizar, então aí eu fico pensando o seguinte. Que será que realmente na nossa prática da luta antimanicomial, no que está posto hoje, quando a gente fala da equidade, será que a gente nas nossas discussões a gente está atenta a essa população do país que realmente está tão invisível e vulnerabilizada?

Porque eu estou trazendo isso? Porque como eu trabalhei lá 32 anos, 32 anos ali dentro da Mata Atlântica, e aí era uma época que o Paulo também me deu isso, que a gente fazia todo um trabalho integrado entre a cultura deles e a nossa cultura, e que aí não existia a questão do suicídio, não existia também o que a gente falava dos abusos a criança e ao adolescente. De repente, em 2022 para cá, quando eu saí de lá, a gente teve em 2023, dois suicídios de uma menina de 15 anos por enforcamento, logo depois um menino de 10, enforcamento, e oito tentativas de suicídio em que começou a aparecer sucessivos casos de abuso sexual na criança. E aí, nós ficamos todos assim... Hoje a gente não pode dizer que não se tenha psiquiatra, que não se tenha CAPS, que não se tenha uma Rede, que não tenha a secretaria especial de saúde indígena, não se pode falar disso. Funai...

Mas todos estão assim. E o que que é o resultado que vem acontecendo agora? A grande medicalização do dito sofrimento. A menina entra em crise, aparentemente ninguém investiga e não sabe o que que é, vai para o hospital, volta com um click e até grávida também. Então aí eu estou fazendo uma provocação que é a seguinte, até para o Paulo também, Paulo que me conhece, quando a gente fala assim, o que são evidências na psiquiatria? Como construir práticas e cuidados desmedicalizantes o que que a gente poderia nos nossos espaços, que não são individualizados, nós somos um coletivo, a gente trazer como pauta essa discussão séria que está acontecendo. Porque só um jovem, ele tentou cinco vezes suicídio. E na última que não completou e ele falou ‘tento de novo

porque eu também quero morrer dentro da minha área'. Porque eles têm aquela coisa da terra sem males.

Então, é isso. Essa provocação que eu estou fazendo até para a Mesa e mesmo aí para o Paulo, o que que é que também a FIOCRUZ, dentro do seminário, dentro destas coisas todas, a gente pode ampliar essas discussões e a convocação destes usuários que tem muitos lá dentro que estão procurando se organizar no coletivo para dar uma resposta para aquilo. Então, eu acho que a gente precisa parar de silenciar isto.

RAFAEL RODRIGUES

Muito obrigado. Importante a sua colocação. Vamos Paulo para as questões do youtube? Depois a Mesa responde às questões tudo junto.

PAULO AMARANTE

Bem, é, realmente, eu fico aqui me coçando porque eu gostaria de falar em tudo, eu estou muito satisfeito com o seminário, acho que realmente tantas coisas que a gente está discutindo aqui, das pessoas falando do espaço de resistência, quantas pessoas que estão aqui nesses nove anos participando disso. Isso é um sinal, um indicador de avaliação para a gente. As pessoas acreditam neste espaço, vem, ex-alunos, tantos ex-alunos de muitos anos. E aqui acho importantíssima essa discussão da questão da religião, da religiosação da sociedade. Tem um autor que fala isso. Um fala da medicalização, da judicialização, você transformar tudo em uma questão que diz respeito a uma dimensão da vida, isso é as -ação. É você retirar as outras e tudo o mais.

E do que nós fazemos. Boas práticas! Isso tudo que eu falo que a gente está fazendo com arte-cultura, com produção de vida, possibilidades outras para os sujeitos que não estão mais se identificando, como o Ed falou, a partir de um diagnóstico, mas de uma função. Faço parte de um grupo de teatro. A minha produção hoje é se eu vou ser bem, se eu vou ser ouvido ou se vai ser exitoso na apresentação, o Tá Pirando vai ser

legal, Loucura Suburbana, o Sistema Nervoso Alterado, o Pirei na Cena, o Harmonia Enlouquece. Então as pessoas mudam, criam outros objetivos.

Então, uma das coisas é a despatologização da existência, você pensar a existência-sofrimento, traduzir, como a Joana falou, eu não uso sofrimento psíquico ou mental, mas humano, sofrimento humano. A gente critica o cartesianismo, a divisão, e acaba acatando a divisão, não é? Então, é o sofrimento, que é múltiplo, é complexo, a Luciana falou, causado por tantas coisas. Então, mesmo lá na Baixada, o Douglas falou aqui, a gente tiver a nossa, se a nossa resposta melhor para aquela mulher é a medicação então é melhor não fazer. É tentar encontrar outra forma de escuta que a gente possa estar fazendo. Acho também que as pessoas valorizaram tanto a experiência da escuta, do cuidado, da relação que quando você faz elas percebem. Ser escutado, ser ouvido efetivamente, a reforma psiquiátrica no início, a gente falava da importância do acolhimento. Depois se burocratizou. O acolhimento é um encaminhamento, é uma decisão burocrática... não. O acolhimento é a recepção da subjetividade da pessoa, das dificuldades da sua experiência, seu sofrimento.

Então eu acho que a gente fez isso, faz isso e está fazendo. Só que realmente é uma luta contra a corrente, a correnteza. E os espaços de arte-cultura, a criação, associativismo. Você vê, lá em Portugal, no ano passado tivemos o Tiago aqui, o que é o associativismo lá em Portugal? A pessoa é membro da associação de borderline, é membro da associação de esquizofrênicos, aqui nós temos o Movimento de Luta Antimanicomial, Movimento da Reforma Psiquiátrica. O Ed fazia parte lá do Movimento de Trabalhadores, de Usuários do SUS, de trabalhadores da saúde pela dignidade da saúde, pela cidadania, Movimento da Reforma Sanitária. Tantos movimentos que nós fazemos de luta que engajam as pessoas, se tornam sujeitos políticos.

O SUS favoreceu muito isso. Nós temos espaços constitucionais, obrigatórios inclusive, de participação que faz com que as pessoas militem, atuem de maneira diferente. Mas tinha muita coisa.

Eu quero também pedir desculpas porque eu saí. Nós estamos acelerando um pouquinho o seminário, a gente sabe pelas circunstâncias, eu não ia avisar, mas já vou

avisar porque já resolveu. A linha amarela tinha sido fechada, já foi reaberta, já está normalizada, a gente fica aqui assim naquela tensão de quem está aqui, para onde vai, mas agora já está tranquilo, tá gente. Já pode voltar pegar a linha amarela aqui do lado. Mas eu antes estava naquela tensão. Daqui a pouco vamos passar o vídeo, que é uma destas questões nossas, estratégias produção vídeo e usa todo um trabalho de luta, de organização e de cuidado das pessoas que não passa por diagnóstico, por remédio. Ao contrário, se reduz aquela experiência social de sofrimento... quantas vezes foi falado aqui: tem um tiroteio aqui na comunidade. No outro dia o ambulatório da ENSP está cheio. Ambulatório do Centro de Saúde. De crianças com problemas, de mães, etc., com problemas de menstruação, problemas de várias questões, dor de cabeça, diarreia, mal-estar, hipertensão, diabetes... muda tudo. O organismo, então assim, qual a solução? Medicalizar as pessoas? Prescrever ou as pessoas têm que encontrar outras formas de luta e há muitas destas lutas.

O filme é um pouco essa discussão. O filme que a gente produziu aqui, do LAPS, e que foi todo ele feito, a diretora e o pessoal da produção estão chegando também, foi feito com pesquisadores da comunidade. Foi uma iniciativa nossa a ideia era a gente fazer uma pesquisa que era com a FGV, Fundação Getúlio Vargas e com Medic Universal, de Londres, nós decidimos identificar pesquisadores na comunidade, na favela que pudessem eles realizarem a pesquisa. A pesquisa que a gente falava “participativa”, não “extrativista”. A gente ir lá, tirar dados e trazer para a Academia. E foi um resultado lindo. As pessoas fizeram uma pesquisa muito bacana, saíram do discurso da doença, uma vez só se fala em saúde nesse sentido saúde mental, uma das pessoas.

Mas bem, é toda uma... na verdade eu não devia estar falando, mas eu fiquei, assim, com essa questão que a Bethânia falou, me lembro lá no início, não é Bethânia, queriam criar um CAPS Índio, CAPS Índio, para resolver os problemas da população indígena. E eu me esperee aqui, escrevi carta, mandei para o Ministério, ‘como vocês vão resolver o problema de saúde indígena a partir de um paradigma totalmente ocidental, patologizante? Fazer o que? Prescrever antidepressivos para indígena?’. Qual é a causa do suicídio? Anomia, perda de identidade, perda de valorização, perda da língua

e, fundamentalmente, a perda da terra. A terra não é só local de plantio. A terra é o território, é a vida, é a nação, é a *pachamama*.

Eu passei agora uma semana com um intelectual indígena da Bolívia, foi um dos consultores do Evo Morales, lá no Uruguai, passamos uma semana juntos, trabalhando, indo a comunidades, a partidos, indo a reuniões, e ele até falava assim, ‘olha, não fale a *pachamama* em natureza. *Pachamama* não é a natureza. A natureza é uma divisão branca. A *pachamama* é a *pachamama*. É a totalidade da experiência. Você vai demorar a entender isso’. Eu falei, ‘é, vou demorar porque não é da minha cultura’.

E queria lembrar, aproveitar esse debate da maconha, eu trouxe aqui há dois anos atrás, o Sidarta, que é da nossa equipe aqui da Fiocruz, tem um trabalho nosso, tanto no grupo de maconha quanto no grupo da desmedicalização. E nós escrevemos um artigo que eu queria aproveitar para indicar, muito pequeno, muito objetivo, mas sobre o empobrecimento epistemológico da psiquiatria e a necessidade de que nas práticas desmedicalizantes esteja a própria superação desse paradigma biológico, psiquiátrico e que cuidar não é prescrever, existem outras formas de cuidados. Sidarta como é um capoeirista, todo mundo sabe, é um capoeirista, é um adepto de outras formas de arte, de espaço, de uso do corpo, do entendimento e tudo mais, muito legal essa ideia de você valorizar, isso está nos trabalhos do Irving Kirsch, práticas de yoga, práticas de meditação transcendental, práticas outras de organizar a vida.

Ontem o Adam falou demais disso, eu me lembrei do profissional que como pagamento ele não pedia dinheiro ele pedia que a pessoa fizesse uma tarefa social. Um voluntariado de ajudar outras vidas e etc.

Mas bem, as perguntas da internet, eu queria falar da internet, porque assim, eu fico acompanhando, mas estamos com centenas de pessoas acompanhando e é muito legal. As pessoas estão assistindo, estão comentando. Vários comentários, na internet é isso, as pessoas ficam conversando entre si também, mas a maior parte comentando, elogiando muito, agradecendo as falas, os comentários etc. Mas eu fiz uma seleçãozinha com a ajuda da Laura de três questões pelo menos, uma para cada um, para que a gente pudesse depois fazer o encerramento.

Uma disse, ‘cada pessoa adulta sabe o que fazer com as suas próprias redes sociais e plataformas e ofertas. Como eu vi algumas discussões de tarde que o produto são pessoas como objeto e não como sujeitos’. Então, um comentário, talvez, para a Luciana. Uma aqui, talvez pela linha que o Holmes abordou, ‘gostaria de saber se a pesquisa explica sobre os estabilizadores de humor a longo prazo’. E a última aqui, Paulo, para você uma provocação, eu já falei, você vai falar também, muito bom, ‘porque os acadêmicos têm dificuldades de falar maconha?’. ‘Porque os acadêmicos têm dificuldades de falar maconha?’. Falam cannabis, canabidiol. Então, é isso.

HOLMES MARTINS

Eu posso começar sobre estabilizador de humor. Mais uma vez, eu não digo que existem medicamentos estabilizadores de humor. É uma questão conceitual, semântica que faz toda a diferença. Quer ver? Quando alguém chega assim, ‘Doutor, eu tenho... me dá um gatilho’. Eu, ‘opa. Gatilho é um dispositivo mecânico de um instrumento que tem três e apenas três funções. Intimidar, ameaçar, intimidar, ferir ou matar, da arma de fogo’. Então falo assim, o que desencadeou? Existe uma questão semântica que se a gente toma esse cuidado, a gente está saindo desse epistemicídio de ter uma única linguagem. Eu tive em 2022, final de 2022 a convite do professor João Paulo Lima Barreto, que é um indígena *Tukano*, a tese dele ganhou naquele ano como a melhor tese, logo depois ganhou a melhor tese da CAPES, era um encontro de medicina indígena da Amazônia e eu era o único médico ocidental.

E aí eu vi que é isso, a *pachamama*. Quando o Paulo fala isso eu encontro eco. Eu estive no Peru agora esse ano, encontro eco na maneira como as pessoas lidam com o corpo-território, vamos usar esse conceito, e como os indígenas brasileiros lidam com esse conceito. Então, primeiro isso, a gente tem que repensar os conceitos que a gente usa. A primeira coisa. Dito isso, voltando à pergunta, eu não digo estabilizadores de humor. Estabilizador de humor é ter paz no trabalho, paz no amor. Isso estabiliza o humor de qualquer um. Eu digo fármacos ditos estabilizadores de humor, fármacos ditos antipsicóticos. Isso vai estar lá no Dicionário Decolonial da Psiquiatria. Porque isso diz

que alguém falou aquilo e a gente está repetindo. Então, é isso, é uma questão conceitual. Eu não digo, eu desconheço um estabilizador de humor que não seja paz. Paz no amor, paz no trabalho, paz na vida, paz na segurança pública

LUCIANA JARAMILLO

Oi gente. Em relação às redes sociais. Falam que os adultos sabem, a pergunta é essa? Os adultos sabem o que fazem nas redes sociais. Sabem? Alguém sabe o alcance disso ou como os dados são coletados, como eles são usados? Nem os adultos estão sabendo, porque essas ferramentas elas se transformam com uma rapidez muito grande. Eu estava fazendo a minha pesquisa de pós-Doutorado, etnografando as redes sociais quando começou realmente o meu estudo, e essas ferramentas mudam de uma forma muito acelerada. Por exemplo, eu comecei a trabalhar com o diagnóstico de autismo e tinha uma contagem do número de páginas que tinham relacionadas ao autismo, o diagnóstico de autismo no Facebook. Num determinado momento sumiu a contagem.

Essas coisas vão se transformando de uma forma que nem os adultos sabem onde eles estão pisando. Então, quanto mais as crianças. Quando a gente está falando de crianças à deriva nas redes sociais, a gente não sabe de fato o que está sendo produzido ali e como elas vão ser impactadas. A gente está falando de educação digital, segurança digital, cidadania digital, que é importante a gente pensar nisso em trabalhos futuros.

PAULO TELLES

Eu acho que essa pergunta todo mundo sabe responder, eu vou sintetizar aqui, obviamente, eu não falei em maconha medicinal por medo, entre aspas. Se você fala maconha medicinal, bom ‘esse médico é um perverso, ele quer que todo mundo fume maconha, ele está fazendo uma coisa que é proibida, não sei o que’. A questão é que a gente tem que ter cuidado com o que a gente fala. Então, cannabis medicinal é um pouco mais elitista, um pouco mais... olha, é um termo isento, que é um termo que não

compromete, que é um termo que não remete imediatamente a questão, quem usa maconha vai para a cadeia, quem usa cannabis medicinal cura lá o grande mal epilético. Então, quer dizer, eu acho que é isso, tá gente? Eu acho que realmente não tem diferença nenhuma, a maconha medicinal mesmo é o composto. A questão da droga é uma questão hiper complexa, realmente como é a saúde mental, acho que é do mesmo nível de complexidade. Eu encaro a questão do uso de drogas, é uma questão extremamente, de novo, individualizada, depende da pessoa. Tem pessoas que convivem muito bem com qualquer tipo de droga e tem pessoas que não convivem bem com qualquer tipo de droga. As pessoas tem que saber, tem que se informar, tem que ter informação, tem que ter estratégia até para usar drogas. Digamos assim, eu sou um usuário diário de drogas, eu tomo café todos os dias.

Eu posso fazer um bom ou mau uso disso. Se eu tomo café às quatro horas da tarde, eu não consigo dormir. Como diz o outro, eu fico fritando na cama de noite. Agora, eu tenho que ter regras para administrar o meu psicotrópico. Mas, enfim, eu acho que eu não tenho preconceito quanto a nenhuma droga mas eu não posso dizer o mesmo das pessoas que estão me escutando. E eu estou dizendo isso, não estou dizendo isso à toa. Eu trabalho, por exemplo, dentro de uma Universidade que é progressista em determinados aspectos, em todos os sentidos, as duas tanto a UFF quanto a UERJ, são Universidades completamente progressistas em alguns aspectos. Mas em relação à questão drogas, já convivi com impasses bastante complicados. O fato de ter uma instituição que trata de problemas relacionados às drogas é visto de uma forma bem discriminada. Mesmo dentro dessa Universidade a ponto de haver uma possibilidade de mudança de local de funcionamento por um lugar que seria muito melhor para o paciente, mais próximo do complexo de saúde, e as pessoas dizerem, ‘Olha, Paulo, você lida com uma população que é perigosa. Como é que eu vou colocar o seu paciente junto com o paciente que vem aqui fazer diálise renal, que vem aqui fazer um atendimento para a sua hipertensão. Não posso fazer isso!’. ‘Não pode, porque?’. ‘Não, o seu paciente ele pode vir aqui armado, pode querer traficar aqui dentro’. ‘Olha, eu nunca tive esse problema em trabalho nenhum. Eu sou fundador do NEPAD, eu trabalho lá desde 1968, nunca tive um problema com usuário de drogas nesse sentido’.

Mas as pessoas têm dentro da minha Universidade, as pessoas têm uma imagem que às vezes a gente tem que se expressar com cuidado. E no caso, essa pergunta provocadora, eu estou esparecendo melhor aqui, eu acho que às vezes é importante ter essa aproximação, essa contextualização, eu vou dizer, mesmo esse assunto que hoje em dia, que eu apresentei aqui dos psicodélicos, que é algo que no meio acadêmico hoje em dia, quem não mexe com psicodélico está fora do *mainstream*, está fora da moda, hoje em dia a moda é psicodélico. São milhares de trabalhos científicos produzidos nos últimos meses. Está todo mundo interessado. Todas as Universidades de ponta do mundo inteiro estão trabalhando com psicodélicos. Mas eu tenho medo de falar, ainda tem um certo... se eu falo isso para a minha família, as pessoas abrem um olho danado, entendeu? É assim, ‘como assim? É hippie? É doidão, não é?’.

Então, quer dizer, é complicado. Eu acho que a questão foi muito provocativa e foi muito oportuna também para esclarecer este aspecto. Eu acho que uma das coisas que a gente tem que ter é um certo olhar para coisas diferentes, para coisas alternativas, para coisas que eventualmente podem fazer a diferença, podem ajudar e, principalmente eu acho que essa é a palavra, podem ajudar alguém que bate na nossa porta pedindo ajuda. Então, acho que é um pouco isso. Mesmo assim essa questão da desmedicalização, a gente está lá com uma postura em relação a essa questão. Mas vai chegar o paciente, bater à porta e vai, ‘Doutor, soluciona, resolve a minha situação. O que que eu faço? Quero sair daqui com um caminho a andar, por onde que eu vou?’.

E, às vezes, você tem que usar o que você tem na mão. Você não está sozinho no mundo, você está dentro de um contexto, a gente tem que lutar contra o que a gente não quer e tem que tentar o máximo possível fazer com que as nossas ideias, de que a gente acha certo, apareçam e sejam a norma e não a exceção

RAFAEL RODRIGUES

Obrigado Holmes, Luciana e Paulo. Encerramos aqui a Mesa agora para que possamos assistir o documentário. Obrigado!

PROGRAMAÇÃO CULTURAL

Exibição do filme “Coisa de Favela”

Foi exibido durante o evento o Documentário Coisa de Favela produzido pelo LAPS em conjunto com Franciele Campos e Celeste Estrela da Comunidade de Manguinhos.