DESMEDICA

# SEMINÁRIO NACIONAL PARA A CONSTRUÇÃO DE UMA AGENDA DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA VIDA




LAPS cee ENSP FIOCRUZ SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE GOVERNO FEDERAL BRASIL UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

Realização

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

**01 e 02 de julho de 2026**

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

Seminário Desmedica (1. : 2026 : Rio de Janeiro, RJ)
Desmedica [livro eletrônico] : seminário nacional para a construção de uma agenda de políticas públicas sobre a medicalização da vida / coordenação Paulo Duarte de Carvalho Amarante. -- Rio de Janeiro : Ed. dos Autores, 2026.
PDF

Vários autores.
ISBN 978-65-02-36171-9

1. Medicalização 2. Políticas públicas de saúde 3. Psiquiatria - Brasil 4. Saúde mental 5. Seminários I. Amarante, Paulo Duarte de Carvalho. II. Título.

26-395108.0 CDD-155.206

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Saúde mental : Psicologia : Congressos 155.206

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) e Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz (Antonio Ivo de Carvalho (CEE/Fiocruz)).

**EQUIPE DE ORGANIZAÇÃO:**
*Alexander Ramalho, Ana Carolina Campos, Ana Paula Guljor, Caio Vieira, Camila Motta Gomes, Enzo Allevato, Felipe Augusto, Jéssica Silva Marques, Joanna Maria Bonnet De Oliveira Martins, Laura Carneiro Amieiro, Leandra Brasil da Cruz, Letícia Garnica, Lidiane Oliveira, Matheus Folly, Paulo Amarante, Pedro Martins, Rafael Coelho, Rodrigo Cunha, Waneska Barros.*

**COMITÊ CIENTÍFICO:**
*Ana Paula Guljor e Paulo Amarante* (LAPS/ENSP/Fiocruz).

**MATERIAL PERSONALIZADO:**
Cards para mídias sociais: *Lidiane Oliveira* | Tradução simultânea em Libras (Linguagem Brasileira de Sinais): *Smart traduções.*

**FILMAGEM:**
*ENSP CCI - Coordenação De Comunicação Institucional da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.*

**EQUIPE DE LIBRAS:**
*Fabiana da Silva Machado, Andréa de Jesus Santiago Bandeira, Ana Beatriz Rosa da Silva Tavares.*

**FOTOGRAFIA:**
*Virgínia Damas.*

**LIVRO TRANSCRIÇÃO:**
*Enzo Allevato, Laura Carneiro Amieiro, Letícia Garnica e Paulo Amarante.*

**EDIÇÃO TÉCNICA, REVISÃO DE TEXTO, PROJETO GRÁFICO E PROGRAMAÇÃO VISUAL:**
*Ana Paula Guljor, Camila Motta Gomes, Enzo Allevato, Jéssica Silva Marques, Laura Carneiro Amieiro, Letícia Garnica, Lidiane Oliveira, Matheus Folly e Paulo Amarante.*

**PARTICIPANTES:**
*Alexandre Wanderley, Ana Paula Guljor, Ariadne Mendes, Bruno Emerich, Cecília Collares, Claudia Braga, Claudia Gomes, Cris Lopes, Eduardo Mourão Vasconcelos, Edvaldo Silva Nabuco, Holmes Martins, Iracema Polidoro, Karina Gama, Kayky Avraham, Leo Salo, Leticia Amaral, Lucas Gonçalves, Luciana Surjus, Maria Aparecida Moysés, Patrícia Dorneles, Paulo Amarante, Reinaldo Lima, Rogéria Barbosa, Rossano Cabral, Silvio Yasui*.

# Sumário


**INTRODUÇÃO** 09

**APRESENTAÇÃO** 10
**APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES** 15
**PROGRAMAÇÃO** 20

**MESA DE ABERTURA** 22
Paulo Amarante 22
Ana Paula Guljor 23
Karina Gama 25
Bruno Emerich 27

**PALESTRAS DE ABERTURA** 34
**Enfrentando a medicalização e a patologização da vida a partir do conceito ampliado de saúde**
Edvaldo Nabuco 34
Luciana Surjus 35
Maria Aparecida Moysés 43
Rossano Cabral 51
Holmes Martins 58

**MESA** **8**2
**Escolas, instituições e territórios desmedicalizados: é possível?**
Lucas Gonçalves 82
Cecília Collares 85
Claudia Gomes 94
Reinaldo Almeida 101
Léo Salo 110
Letícia do Amaral 117

**MESA** 143
**Arte-cultura e economia solidária como dispositivo de ressignificação da vida**
Kayky Avraham 143
Cris Lopes 144
Ariadne Mendes 152
Rogeria Barbosa 160
Alexandre Wanderley 167

**MESA** 197
**Construindo uma agenda sobre a desmedicalização nas políticas públicas**
Leandra Brasil 197
Rogeria Barbosa 197
Paulo Amarante 198
Eduardo Carón 198
Silvio Yasui 201
Claudia Braga 209
Eduardo Mourão Vasconcelos 219
Iracema Polidoro 226
Patrícia Dorneles 233

## LINKS PARA O EVENTO

01 de julho – manhã

https://www.youtube.com/watch?

01 de julho - tarde
https://www.youtube.com/watch?

02 de julho - manhã
https://www.youtube.com/watch?

02 de julho - tarde
https://www.youtube.com/watch?

# 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). Constituindo-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 Desmedica para a construção de uma agenda de políticas públicas sobre medicalização da vida, 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

Para nós, da Fiocruz, a realização desse seminário é um acontecimento

muito importante. Em 2007, foi realizado neste mesmo auditório da ENSP/Fiocruz a oficina “Loucos Pela Diversidade”, que contou com a presença do então Ministro da Cultura Gilberto Gil e reuniu artistas de todo o Brasil para construir diretrizes para políticas públicas sobre arte-cultura como produção e ressignificação da vida no campo da saúde mental. Foi uma experiência muito rica e pioneira em termos de participação social de usuários da rede de saúde mental no campo da arte-cultura.

Esse evento também gerou um edital de premiação nomeado Austregésilo Carrano, em homenagem ao autor do livro Canto dos Malditos, que inspirou o filme Bicho de Sete Cabeças. Nele, foram inscritos mais de 350 projetos culturais, dentre os quais 55 foram premiados.

Pouco depois disso, em 2008, também foi realizado nesse mesmo espaço a oficina “Nada Sobre Nós Sem Nós”, (o nome oficial era “Oficina Nacional de Indicação de Políticas Públicas Culturais para Inclusão de Pessoas com Deficiências”), que foi uma oficina pioneira na construção coletiva de políticas públicas do campo da cultura voltadas para pessoas com deficiência, e gerou fomento à participação social no campo da arte-cultura por meio de um edital que premiou artistas PCDs de todo o Brasil. Essa oficina também foi marcante porque foi a primeira vez que o lema “Nada sobre Nós sem Nós”, sugerido pelos próprios artistas com deficiência, foi utilizado no país. Hoje, ele se tornou um lema muito importante na luta pela inclusão e pelo protagonismo dos usuários de serviços de saúde, não só na saúde mental. Em 2024, também na Fiocruz, realizamos o “Encontro nacional de familiares e usuários: protagonismo nas políticas públicas”. Nesse encontro, reunimos lideranças de usuários e familiares da rede de saúde mental para fortalecer as organizações e coletivos de usuários em âmbito nacional. Ao final desse evento, elaboramos a “Carta de Manguinhos”, que teve como diretriz principal a articulação política de usuários e familiares para fortalecer a sua participação e protagonismo na política de saúde mental do Brasil.

Para finalizar esse pequeno resgate, destes e de muitos outros eventos com a participação efetiva da sociedade, realizamos também em 2024 o curso “Protagonismo e incidência de usuários e familiares no campo da saúde mental e reforma psiquiátrica”. Foi um curso voltado a usuários e familiares, e contou com um concurso e edital para premiação de melhor frase e imagem sobre o tema.

A frase vencedora do concurso é “Pessoas são como palavras e passarinhos: devem permanecer livres!”, de autoria de Camilo Marcolino.

Mas você deve estar se perguntando: por que falar de todos esses eventos? O que isso tem a ver com o Seminário Desmedica? A razão é que a nossa intenção foi fazer o presente seminário em um molde muito parecido com todos esses mencionados acima. E o que todos eles tinham em comum? O caráter de oficina, a ideia de ser um disparador de discussões para que sejam criadas políticas públicas, processos de formação, articulações políticas, participação coletiva, ou seja, ações práticas sobre um determinado tema. No caso do presente seminário, esse tema é a medicalização da vida.

Mas o que é essa tal medicalização, afinal? Esse é um termo que costuma causar alguns mal-entendidos. Por isso, é importante deixar claro o que estamos chamando de medicalização. E quando nós falamos de medicalização da vida, não estamos falando de somente de exageros pontuais ou de um simples excesso de receitas de medicamentos (o que envolveria a medicamentalização - um processo relacionado, mas diferente).

A medicalização é um processo social mais amplo do que a simples prescrição de medicamentos, e que, em síntese, retira da experiência humana a sua complexidade social, histórica e subjetiva e a resume simplesmente à manifestação de sintomas. O que isso quer dizer, na prática? Quer dizer que diversos aspectos naturais da experiência humana, como o sono, a alimentação, o sexo, as emoções, o luto, a tristeza, o mal-estar no trabalho, o desconforto emocional em situações específicas, a agitação de uma criança numa sala de aula, passam a ser vistos quase que exclusivamente sob o ponto de vista médico (e, frequentemente, psiquiátrico).

Ou seja, manifestações naturais da vida humana, principalmente quando essas manifestações não são agradáveis e geram algum tipo de incômodo social ou sofrimento individual, e que, enfim, são transformadas em problemas predominante ou

exclusivamente médicos. Com isso, nós perdemos de vista a complexidade de muitos dos nossos problemas, uma vez que estes vão muito além da esfera médica, desde a forma como nos relacionamos com outras pessoas até problemas estruturais como a desigualdade, a violência, a pobreza, falta de acesso a direitos etc.

Além disso, a medicalização tem como pano de fundo um processo depatologização da vida. Porque, logicamente, só deve virar objeto de intervenção médica aquilo que é considerado patológico. Então, os fenômenos da patologização e da medicalização andam lado a lado: a fronteira do que é considerado patológico é alargada artificialmente (patologização da vida) e, assim, diversos aspectos da vida passam a ser colocados sob a tutela da medicina e vistos exclusivamente como problemas médicos.

Nesse sentido, nós acreditamos que não só é possível, mas que é necessário produzir saúde de outras formas, que não envolvam a patologização e a medicalização da vida.

O propósito deste seminário foi justamente expandir o debate sobre a medicalização da vida, reconhecendo o adoecimento não apenas como uma demanda por diagnósticos e medicamentos, mas também como uma demanda por cuidado coletivo, produção de vida e sua ressignificação, ao dialogar, por exemplo, com o campo da arte-cultura, que muitas vezes é reduzida apenas ao lazer ou como ocupação terapêutica, mas que pode ser também uma ferramenta de produção de vida e saúde. Buscamos, também, levar esse debate para as escolas, que são um ambiente atualmente conhecido por ser terreno fértil para a patologização e medicalização do sofrimento e da vida das crianças, mas que ainda é pouco discutido de forma crítica no debate público, e ainda praticamente invisível a nível de políticas públicas.

Buscamos, ainda, levantar o debate sobre práticas como economia solidária, trabalho territorial, promoção de lazer e esporte, suporte de pares e protagonismo dos usuários, com a intenção de levá-las para todos os cantos do Brasil. A economia solidária, por exemplo, tem o poder de transformar a vida de uma pessoa, de dar condições de significado, trabalho e renda para pessoas que sempre tiveram a possibilidade de trabalhar negada. O esporte, da mesma forma, pode mudar completamente a vida de uma pessoa ao promover saúde e criar laços em um território, por exemplo.

Parafraseando Franca Ongaro Basaglia, à existência em sofrimento, ao contrário do simples “transtorno mental”, “é necessário responder com estrutura e serviços que, além de garantir tratamento e assistência, sejam, ao mesmo tempo, lugares de vida, de estímulo, de confronto, de oportunidade, de diversas relações interpessoais e coletivas, visando uma mudança cultural e política, antes social que sanitária.” - Franca Basaglia, Saúde Mental, Formação e Crítica, p.23-24.

Uma outra questão muito importante e pouquíssimo discutida é o tema da retirada de medicamentos. Todos sabemos que hoje é muito fácil conseguir uma receita e iniciar um tratamento com drogas psiquiátricas. Todos nós também sabemos os problemas que isso muitas vezes traz (dependência, efeitos colaterais etc.), por conta da própria natureza desses remédios.

Mas o que nós quase nunca ouvimos falar é sobre o processo de retirada desses medicamentos, que precisa ser feito de forma séria e responsável, a nível técnico e, principalmente, ético. Infelizmente, hoje em dia, é raro ouvirmos falar de profissionais que pensem a questão da desprescrição de medicamentos psiquiátricos e a apliquem na sua prática cotidiana.

Esses são apenas alguns exemplos de práticas que merecem a nossa atenção. Todas elas apontam para um conceito ampliado de saúde, que é exatamente o que nós queremos defender frente à concepção medicalizada de saúde. Como contraposição ao fenômeno da medicalização, é necessário pensar em formas de promover saúde e de produzir vida de forma social, coletiva e territorial.

Precisamos nos debruçar ativamente sobre essas práticas, discutir como aprimorá-las, implementá-las e fortalecê-las nos nossos territórios. Só assim, por meio de uma prática desmedicalizante, poderemos combater efetivamente a medicalização da vida. Este seminário é um momento inicial para pensarmos e discutirmos tudo isso, mas não podemos perder de vista o momento seguinte, ainda mais importante, que é colocar tudo o que discutimos na prática.

Nesse sentido, o nosso maior objetivo é que o seminário seja um disparador de discussões que deverão embasar a construção de uma agenda nacional de políticas públicas e processos formativos que se espalhem pelas diversas áreas do conhecimento.

Queremos discutir e criar propostas concretas de intervenção prática que tenham como base as noções de multidisciplinaridade, interseccionalidade e intersetorialidade, partindo do conceito ampliado de saúde.

Agradecemos a todas as pessoas envolvidas na organização e realização do seminário e desejamos a todos uma boa leitura, na esperança de que esse material possa contribuir para a transformação das práticas e políticas no campo da saúde mental.

Rio de Janeiro, setembro de 2026

## APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES

---

**ANA PAULA GULJOR**

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

**ALEXANDRE WANDERLEY**

Cofundador e Coordenador do Ponto de Cultura Tá Pirando, Pirado, Pirou! Folia, Arte e Cidadania.

**ARIADNE MENDES**

Coordenadora de Promoção da Saúde e Cultura do Instituto Municipal Nise da Silveira, fundadora e coordenadora do Bloco Carnavalesco Loucura Suburbana e do Ponto de Cultura Loucura Suburbana: Engenho, Arte e Folia.

**BRUNO EMERICH**

Coordenador Geral da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Departamento de Saúde Mental, Álcool e Drogas (DESMAD) do Ministério da Saúde. Possui graduação em psicologia pela UNESP/Assis(2005), Aprimoramento em Saúde Mental pela UNICAMP (2007), Mestrado em Saúde Coletiva pela UNICAMP (2012) e Doutorado em Saúde Coletiva pela UNICAMP (2017). Profissional de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão - PAEP (UNICAMP), Professor, Supervisor e Orientador de TCC do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (UNICAMP).

**CECÍLIA COLLARES**

Possui graduação em Pedagogia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1961), mestrado em Educação (Psicologia da Educação) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1977); doutorado em Sociologia e Política pela Fundação Escola de Sociologia e Política da USP (1981) e Livre-Docência em Psicologia Educacional pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). É militante do DESPATOLOGIZA - Movimento pela Despatologização da Vida, que tem articulado reflexões críticas e ações que buscam enfrentar e superar os processos medicalizantes da vida de crianças e adolescentes.

**CLAUDIA BRAGA**

Professora da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), foi Consultora Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, e Violências na OPAS/OMS. Mestre em Serviços e Políticas Públicas de Saúde Mental (NMS/FCM - Universidade NOVA de Lisboa). Mestre em Saúde Coletiva (FMUSP). Bacharel em Filosofia (FFLCH-USP). Graduada em Terapia Ocupacional (FMUSP). Coordena o Grupo de Trabalho de Saúde Mental da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional (RENETO) desde 2025. É membra da diretoria do capítulo brasileiro da World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR-Brasil). É membra do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar em Políticas Públicas de Saúde Mental (GPIPPSAM) do Instituto de Estudos Avançados da USP (IEA/USP).

**CLAUDIA GOMES**

Doutora em Educação e coordenadora do grupo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Desmedicalização da Vida.

**CRIS LOPES**

Psicóloga Sanitarista de orientação Psicanalítica e Pichoniana. Pesquisadora, Supervisora e Consultora para Políticas Públicas Intersetoriais, sobretudo, nos campos da arte, saúde, cultura, direitos humanos e economia solidária. Idealizadora do dispositivo público intersetorial Centros de Convivência e Cooperativa na Cidade de SP. Coordenadora Artística do Coral Cênico Cidadãos Cantantes. Docente do Instituto Sedes Sapientiae em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica. Feminista e Ativista da Luta Antimanicomial.

**EDUARDO MOURÃO VASCONCELOS**

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

**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 Participa-ação.

**HAMILTON ASSUNÇÃO**

Militante da luta antimanicomial, músico, cofundador e integrante da banda Harmonia Enlouquece. Fundado em 2000, o grupo nasceu no Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro

(CPRJ) e, em 2025, completa 25 anos de trajetória. Reconhecida como uma das bandas de maior projeção no campo artístico e cultural da Reforma Psiquiátrica brasileira, a banda Harmonia Enlouquece articula música, cuidado em liberdade e crítica ao modelo manicomial, afirmando a arte como estratégia de expressão, cidadania e transformação social.

**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.

**IRACEMA POLIDORO**

Militante do Movimento da Luta Antimanicomial desde 1980, no segmento Familiares da Saúde Mental, Fundadora da Associação Mental Juliano Moreira (1992).

**KARINA GAMA**

Diretora de Promoção da Diversidade Cultural e Secretária de Cidadania e Diversidade Cultural - MinC

**KAYKY AVRAHAM**

Pesquisador do Ibope e Curador de Mostras de Cinema. Ativista da Luta Antimanocomial

**LEO SALO**

Doutorando em Informação e Comunicação em Saúde (ICICT/Fiocruz) e Diretor do coletivo Experimentalismo Brabo.

**LETICIA AMARAL**

Pós-doutoranda em Sociologia e Ciência política na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e integra o Núcleo de Estudos em Sociologia, Filosofia e História das Ciências da Saúde (NESFHis/UFSC).

**LUCAS GONÇALVES**

Psicólogo com bacharelado pela UNESA (2019). Mestre em Educação pela Universidade Federal Fluminense- UFF (2023). Coordenador e Docente do Curso de Graduação em Psicologia (UNESA/Petrópolis). Membro pesquisador do Grupo de Estudos e Pesquisas

em Geografia da Infância- Braço de pesquisa: Desmedicalização da vida (GRUPEGI UFF/UFJF).

**LUCIANA SURJUS**

Docente do Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva da Unifesp, líder do grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão DiV3rso: Saúde Mental, Redução de Danos e Direitos Humanos e Coordenadora de Saúde Mental no Núcleo de Saúde Digital da Unifesp.

**MARCO MENEZES**

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

**MARIA APARECIDA MOYSÉS**

Médica e Professora titular da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, teve grande participação no ensino e na pesquisa na área de Atenção à Saúde na Escola. Militante do "DESPATOLOGIZA- Movimento pela Despatologização da Vida", que tem articulado discussões, eventos e ações sobre a medicalização da vida e da educação.

**PATRÍCIA DORNELES**

É terapeuta ocupacional, professora do curso de Terapia Ocupacional da UFRJ e ex-assessora técnica do Ministério da Cultura na implementação de políticas públicas de Cultura e Saúde, da Secretaria de Identidade e Diversidade Cultural e da Secretaria de Cidadania Cultural.

**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. 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).

**REINALDO LIMA**

Doutor em educação pela Universidade Federal de Juíz de Fora (UFJF) e coordenador geral de projetos para as infâncias do município de Areal (RJ).

**ROGÉRIA BARBOSA**

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

**ROSSANO CABRAL**

Médico, docente associado do Instituto de Medicina Social da Uerj e líder do grupo de pesquisa do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental da Infância e Adolescência (Lepsia) do Instituto.

**SILVIO YASUI**

Possui graduação em Psicologia pela Universidade de Mogi das Cruzes (1979), mestrado em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (1999), doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (2006) e livre-docente em Psicologia e Atenção Psicossocial pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2017). Atualmente é professor associado da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Mental, atuando principalmente nos seguintes temas: atenção psicossocial, reforma psiquiátrica e saúde metal.

## PROGRAMAÇÃO

### DIA 01 DE JULHO DE 2026 – QUARTA-FEIRA

**9:00 – 09:30 | MESA DE ABERTURA**: *com Ana Paula Guljor (Presidente da ABRASME/Coordenadora do LAPS/FIOCRUZ), Bruno Emerich (DESMAD/Ministério da Saúde), Paulo Amarante (coordenador do seminário e pesquisador sênior do LAPS/ENSP/CEE/Fiocruz).*

**09:30 – 12:00 | PALESTRA DE ABERTURA – Enfrentando a medicalização e a patologização da vida a partir do conceito ampliado de saúde** *com Luciana Surjus, Maria Aparecida Moysés, Rossano Cabral, Holmes Martins. Coordenação: Edvaldo Nabuco.*

**12:00 – 13:30 | ALMOÇO**

**13:30 – 16:00 | MESA – Escolas, instituições e territórios desmedicalizados: é possível?** *com Cecília Collares, Claudia Gomes, Reinaldo Lima, Léo Salo e Letícia do Amaral. Coordenação: Lucas Gonçalves.*

## PROGRAMAÇÃO

### DIA 02 DE JULHO DE 2025 – QUINTA-FEIRA

**09:00 – 12:00 | PALESTRA – Arte-cultura e economia solidária como dispositivo de ressignificação da vida** *com Cris Lopes, Alexandre Wanderley, Ariadne Mendes, Rogéria Barbosa. Coordenação: Kayky Avraham.*

**12:00 – 13:30| ALMOÇO**

**13:30 – 16:00 | MESA – Construindo uma agenda sobre a desmedicalização nas políticas públicas** *com Iracema Polidoro, Claudia Braga, Silvio Yasui, Patrícia Dorneles, Eduardo Mourão Vasconcelos. Coordenação: Paulo Amarante.*

## MESA DE ABERTURA

**PAULO AMARANTE**

Bem, bom dia, gente. Eu sou Paulo Amarante. Nós estamos com uma grande audiência online, remota, né? Especialmente, até já tínhamos muita gente inscrita, muita gente se inscreveu, por causa da greve de ônibus, transporte público. Toda vez que a gente faz um evento tem alguma coisa. O último evento foi aquele terrível massacre que teve na comunidade aqui da Maré, cento e vinte e tantas pessoas assassinadas brutalmente.

Nós ficamos aqui tendo que suspender a atividade, etc. E hoje a greve, que já está há três dias com hoje, nos dificultando o evento. A gente conseguirá, seguirá fazendo, porque esse evento é o primeiro passo de todo um processo de construção de uma agenda nacional sobre políticas públicas relacionadas ao tema da medicalização e patologização da vida. Eu sou um homem branco, de cabelos grisalhos, tô sentado aqui com um paletozinho, com um simbolozinho da Fiocruz na lapela, uso óculos e, bem, estou realizando minha autodescrição para as pessoas que estão online.

Eu vou compor essa mesa agradecendo a compreensão pelo atraso e que as pessoas estão chegando ainda. O próprio Marco Cavallo acabou de chegar, está aqui fora. Quando vocês saírem, vão encontrar o Marco Cavallo, depois a gente fala novamente dele. E essa mesa, a gente vai fazer uma mesa de abertura, de boas-vindas, com nossos convidados, que a gente agradece enormemente por estarem aqui presentes, e depois faremos a primeira mesa de debate. Então, nós estamos formalmente iniciando o Desmedica, nome que a gente deu ao Seminário Nacional Para a Construção de Uma Agenda de Políticas Públicas Sobre a Medicalização da Vida.

Será hoje e amanhã, aqui no auditório térreo da Escola Nacional de Saúde Pública de Sérgio Arouca, uma atividade organizada em cooperação do Laboratório de Estudos Pesquisas de Saúde Mental, o LAPS, com o Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, CEE, o Departamento de Saúde Mental, Álcool e Drogas, do Ministério da Saúde, cooperação também do Ministério da Cultura, que nós vamos fazer um trabalho conjunto.

Depois eu vou falar um pouco mais sobre o seminário. Eu primeiro, então, vou compor a mesa, convidando a nossa coordenadora do LAPS, Ana Paula Guljor, que é coordenadora do LAPS e presidenta da Abrasme, Associação Brasileira de Saúde Mental.

Convidar também para essa mesa a Karina Gama, diretora de Promoção da Diversidade Cultural e Secretária da Cidadania de Diversidade Cultural do Ministério da Cultura, o MINC, obrigado Karina, e o Bruno Emerich, coordenador geral da Rede de Atenção Psicossocial da RAPS, Ministério da Saúde, do Departamento de Saúde Mental, Álcool e Drogas. Então, obrigado, Ana Paula, Karina e Bruno. Vou passar a palavra nessa ordem para as saudações iniciais da apresentação do seminário. Oi, Virgínia. Virgínia é nossa fotógrafa, que nos acompanha há muitos anos nos eventos.
Ana Paula, por favor, é com você.

**ANA PAULA GULJOR**

Obrigada, Paulo. Eu sou Ana Paula Guljor, sou uma mulher parda, de cabelos encaracolados. Estou usando uma jaqueta de couro com uma blusa cinza. Bom, é isso. Jaqueta de couro e uma blusa cinza. Bom, primeiro, saudar a todo mundo aqui presente, saudar a nossa assistência online, saudar os companheiros do Ministério da Saúde, do Ministério da Cultura, Karina e Bruno, saudar a Paulo, agradecer o convite para estar aqui nessa mesa de abertura e, principalmente, saudando também os nossos convidados, que vieram de vários lugares para nos prestigiar aqui, trazendo da sua expertise, das suas experiências e dizer, eu gostaria de trazer, a partir da realização desse seminário, que é liderado pelo professor Paulo Amarante, falar um pouco, rapidamente, porque é só uma saudação, é uma palestra, mas falar um pouco de nós, falar um pouco do LAPS, que é o Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, que é um núcleo aqui na Escola Nacional de Saúde Pública e que funcionamos na sede do Rio de Janeiro.

Dizer que a trajetória do LAPS vem lá dos anos 90, com o nosso fundador, o professor Paulo Amarante, nosso mestre, nosso amigo; e que o Desmedica, nessa proposta de construção de uma agenda de políticas públicas sobre medicalização da vida,

ele é um desdobramento de um processo de trabalho que já vem de décadas realizado pelo laboratório. A gente precisa lembrar que lá na década dos 2000 já se trabalhou com essa ideia de construção de políticas públicas a partir de uma discussão coletiva entre profissionais, pesquisadores, pessoas do Poder Executivo, no Nada Sobre Nós Sem Nós, nas ações de arte e cultura, nos diversos projetos que o LAPS foi pioneiro na implementação, no desenvolvimento delas.

Nós temos vários projetos ligados ao Tá Pirando, ao Loucura Suburbana, ao Nise da Silveira, aos Cidadãos Cantantes de São Paulo, todos eles voltados à compreensão de que a arte e a cultura é uma das estratégias fundamentais para a reabilitação psicossocial, para a inclusão social, para a criação do pertencimento e, da mesma forma, o eixo da economia solidária. Então é importante que a gente reafirme esse nosso lugar. A gente está, vocês vão ver dentro do kit, de boas-vindas a vocês, a nossa última produção, que também é fruto de um projeto que nós desenvolvemos no Mato Grosso do Sul, que tivemos o prazer de ver reconhecido pelo Ministério da Saúde, com três das nossas experiências que foram fortalecidas por esse projeto, foram agraciadas no edital, no último edital, sobre economia solidária.

Então é com muita felicidade que a gente recebe todos aqui, em nome do LAPS, para ter esses dois dias de debates tão que nós acreditamos serem muito profícuos Para nós podermos pensar que uma política pública de saúde mental que pense a pessoa de uma forma integral precisa incluir primeiro esse grande eixo fundamental hoje na discussão da saúde mental, que é a questão da patologização da vida, entendendo que essa medicalização não é apenas sobre medicação, mas é sobre rotular pessoas, sobre reduzir questões que são questões coletivas a questões individuais.

Então, eu acredito que nós teremos aqui dois dias muito importantes, que nós temos certeza de que vai contribuir muitíssimo para essa articulação aqui proposta a partir desse pensamento de Paulo Amarante de unir o Ministério da Saúde, o Ministério da Cultura e todo esse público do campo da saúde mental, do campo antiproibicionista, para pensar esse desafio, que é a superação da patologização da vida. Muito obrigada, sejam todos muito bem-vindos.

**PAULO AMARANTE**

Muito obrigado, Ana. Vou passar para a Karina. Eu fiz uma apresentação muito sumária das pessoas. Se quiserem complementar o trabalho, suas identificações profissionais. Fica à vontade.

**KARINA GAMA**

Bom dia a todos e todas. Meu nome é Karina Gama. Estou como diretora de Promoção da Diversidade Cultural da Secretaria de Cidadania e Diversidade Cultural do Ministério da Cultura. Vou fazer minha autodescrição. Eu sou uma mulher negra, tenho 1,62 m, um pouquinho acima do peso, tenho cabelos longos, escuros, castanhos escuros, encaracolados, volumosos, olhos castanhos escuros, nariz pequeno, estou usando um batom rosa escuro, uma blusa preta com os ombros aparecendo e brinco os grandes indígenas nas cores verde e preta.

Bom, eu início agradecendo imensamente ao convite do Paulo Amarante. Dizer que é uma alegria imensa a gente retomar esse processo de parceria. Eu estive com o Paulo muitos anos atrás com o ministro Gilberto Gil e com o secretário Sérgio Mamberti, que nos olha lá de cima nesse momento. Então, é uma alegria muito grande. Depois de todo esse processo que a gente vivenciou da pandemia, da desconstrução do Ministério da Cultura, a gente está retomando nesse momento, um momento muito especial, muito singular, onde a gente precisa também repensar e trazer a memória de todos os processos que foram vivenciados.

A cultura é um fator determinante nessa compreensão, nesse entendimento dessas nossas vivências. Sei que aqui nessa plateia a gente tem pessoas que participaram desses processos de lutas pela reforma psiquiátrica, pela luta antimanicomial. Eu acho que a cultura perpassa todos esses projetos, e Paulo traz muito essa narrativa e evidencia como esses processos são importantes, e como o Ministério da Cultura não pode estar fora dessa agenda. Porque essa agenda dialoga diretamente com a cultura. Então, acho que

nesse processo, citando também brevemente, a gente participou do Loucos pela Diversidade, lá atrás junto com o Ministro Gil.

Fizemos alguns editais, e aí os pontos de cultura e os blocos, Loucura Suburbana... Então, acho que todo esse processo ele dialoga diretamente com o campo cultural, com a dimensão da cultura como cidadania, cultura como simbólico, cultura também como economia, economia criativa. E o Ministério da Cultura nessa retomada, junto com o Ministério da Saúde, agora também nessa parceria junto com o Paulo, por meio da Fiocruz, com o LAPS. Eu estive aqui várias vezes naquelas oficinas que a gente fez em conjunto.

A gente está muito feliz de retomar essa parceria. Estamos com uma campanha no ar, que é a campanha Cultura Mais Saúde, junto também com Marcelo Kimati, que sempre nos apoiou. A agenda do Ministério sempre esteve ligada, mas acho que com esse momento de reconstrução com equipes pequenas, a gente pegou o Ministério numa situação, pegamos, na verdade, uma Secretaria, que não era Ministério. Então, ao longo desses anos, a gente está reconstruindo esses laços e a importância da gente se ver juntos nessa confluência de saberes, nesses processos tão importantes que falam, dialogam diretamente com a construção de narrativas, com o pertencimento, com o vínculo comunitário, com os pontos de cultura.

Hoje, contamos com mais de 16 mil pontos de cultura espalhados pelo país. A gente pegou em 2023, eram 4 mil. Hoje, a gente está com mais de 16.250 pontos espalhados. Eles dialogam diretamente com a rede, com CAPS, com CECCOs, com todos esses processos de arte e cultura. Acho que essa união é muito produtiva, ela é essencial, fundamental nesse processo. E aí, eu queria agradecer muito para a gente estar junto por mais esse momento, e que venham mais sementes lançadas, para que a colheita seja farta e produtiva. Obrigada.

**PAULO AMARANTE**

Obrigado, Karina. Então, vou passar a palavra para o Bruno Emerich.

**BRUNO EMERICH**

Obrigado, Paulo. Bom dia a todas as pessoas. Meu nome é Bruno, eu sou um homem branco, com quedas de cabelo e barba, usando o que aprendi do Ministério lá: que o uniforme do Ministério é terno e olheira, né? Então, vestido com o uniforme do Ministério, com terno preto, queria agradecer o convite para compor essa mesa, dizer da alegria do Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, representando aqui o diretor Marcelo Kimati, em poder compor essas ações de discussão crítica, proposição de políticas públicas a partir da celebração de um TED, que tem previsão de dois anos.

Então, para nós, o DESMAD, é muito importante também poder, pela celebração do TED, financiar ações construídas coletivamente a partir da expertise acumulada e de tantos trabalhos já em curso. Como a Ana Paula bem colocou, a gente entende que a dimensão da discussão da patologização da vida tem que ser transversal na RAPS. Isso passa por uma dimensão estrutural, mas passa também por uma dimensão das práticas, que devem trazer a radicalidade da experiência do usuário como centro da proposição do cuidado, da construção das ações.

Então, nessa dimensão, também em diálogo com a Karina, reforçar o investimento que a gente tem feito nas ações de intersetorialidade, aqui mais ligadas à cultura, mas também se estendendo a cenas como a economia solidária e vários outros campos que dizem da perspectiva de outros enganchamentos do sujeito, de ressignificação da experiência, além da garantia de direitos, entendendo que esse é um ponto fundamental que passa também pela expansão dos pontos de atenção da RAPS. Queria trazer como destaque e exemplo a habilitação dos CECCOs, que, depois de um gap histórico, a gente vai conseguir habilitar os primeiros CECCOs financiados pelo Ministério, além das centenas que existem já de cunho municipal pelo Brasil; mas, exatamente entendendo numa dimensão da despatologização, compondo uma ampliação da equipe do CECCO, para além dos profissionais clássicos da saúde, como foi pensado inicialmente.

Importante destacar que isso tudo vem numa construção do coletivo, junto ao coletivo dos Centros de Convivência, mas para que, de fato, na Portaria estejam inseridos artistas plásticos, enfim, atores da cultura e de outros campos, entendendo que a dimensão da promoção da saúde e a relação de base comunitária têm que expandir a formação teórico-técnica tradicional da saúde. Exatamente para poder, enfim, ampliar a perspectiva de circulação dos sujeitos e da experiência. E um outro ponto também em relação aos CECCOs que eu queria trazer à atenção é: para além da indução de ações de redução de danos, a previsão de procedimentos para inclusão e fortalecimento das ofertas para crianças e adolescentes, para as ações intergeracionais.

Isso, pensando na dimensão da patologização, é fundamental, considerando que o público de crianças e adolescentes é bastante sensível e vulnerável à questão da medicalização e da medicamentalização. Entendendo também a dimensão transgeracional, considerando o aumento da expectativa de vida e a necessidade da convivência, da potência da convivência entre as diferentes gerações. Acho que esse é um compromisso da política pública, inclusive para que a gente possa ter incidência na quebra de repetições que a gente tem muitas vezes: dos ciclos de violência, de ciclos de menor circulação, de isolamento.

Então eu queria trazer a questão do Centro de Convivência como um destaque, um exemplo, mas que isso também deve ultrapassar a dimensão da estruturação específica dos serviços e da ampliação da RAPS, que é necessário, para também compor ações concretas a partir da relação entre trabalhadores e usuários, usuários e usuários, usuários e comunidade. Nesse sentido, a gente também tem um TED em curso, a entrar em curso em pouco tempo, com a posse o fortalecimento da relação de suporte entre pares, que se trata de uma estratégia, além de outras radicalmente, como eu disse, centradas na experiência do sujeito.

Vejo a Lu aqui, lembro dos idos de 2010, 2012, quando a gente faz a tradução e a implementação da gestão autônoma da medicação no Brasil, ao que se incluem ouvidores de vozes e muitas outras estratégias, enfim, muitas outras perspectivas que vão ser certamente discutidas nesse contexto. Então eu queria, novamente, reforçar a alegria nossa do Departamento de Saúde Mental, reforçar o compromisso em pensar essa como

uma agenda transversal, que também tem sido um ponto de atenção da nossa parte em diferentes questões que têm sido trabalhadas.

Por exemplo, quando a gente vai falar da implementação da ENR-1 agora, que vai dizer dos riscos psicossociais atrelados às condições de trabalho, como que a gente também discute, olha para essa questão de um modo a garantir o direito do trabalhador e da trabalhadora, mas ao mesmo tempo com cuidado para não individualizar esse sofrimento e cair no risco da culpabilização e no risco da patologização desse trabalhador e trabalhadora. Então eu estou trazendo alguns, dentre muitas pautas que a gente tem trabalhado, para exemplificar e para apontar que a transversalidade dessa discussão é fundamental no cenário contemporâneo, sobretudo quando a gente vai olhar para populações que estão mais vulneráveis a esse contexto.

E para isso a gente precisa também de ações de qualificação que estão previstas, a gente precisa também de ações de discussão e organização de processo de trabalho que promovam o maior grau de autonomia para os trabalhadores e tomada de decisão de modo compartilhado com o sujeito, que é o expert da sua própria experiência. Na linha aqui da chegada do Marco Cavallo, me lembro do Venturini quando ele fala da necessidade da “desinst” de a gente sair da causa-consequência e apostar na possibilidade e probabilidade, é disso que se trata, pensar numa agenda de desmedicalização e de despatologização.

Quais são as possibilidades e probabilidades que o coletivo, que a diversidade e que o suporte às pessoas que venham a precisar podem trazer para que a experiência humana de fato possa ser acolhida e as pessoas possam ser vistas na sua singularidade e não reduzidas a uma experiência única ou a um diagnóstico. Então reforço o compromisso, agradeço a parceria, muito nos orgulha, muito nos alegra, certamente teremos bons frutos durante esse percurso, mas também quando a gente tiver as entregas dos produtos que estão previstos.

Obrigado, muito obrigado e um bom trabalho a todos e a todas nós nesses dias.

**PAULO AMARANTE**

Obrigado mais uma vez ao Bruno, que também aqui representa o Marcelo Kimati, o diretor, à Karina, à Ana Paula. Eu vou fazer uma ligeira fala, espero que seja realmente ligeira, a partir de um roteiro que o nosso coletivo da organização organizou aqui para explicar um pouco o seminário nesses dias, a ideia. Então, nós damos com muita alegria as boas-vindas a todo mundo que está presente, que está nos assistindo, apesar, mais uma vez, de algumas dificuldades com a questão da paralisação, da greve dos ônibus.

E eu acho que esse seminário para a gente é realmente muito importante, a Karina já falou, a Ana Paula, o Bruno. Nós realizamos aqui, muitos anos atrás, há 19 anos - ano que vem vai fazer 20 anos -, esse seminário que nós chamamos “Loucos pela Diversidade”, que foi, junto com o Ministério da Cultura, a organização de uma agenda, a produção de uma agenda de arte e cultura para o campo da saúde mental, algo absolutamente inovador na época. Não sei se alguém está passando aí suas imagens que eu botei para mim. Então, aí está o querido e saudoso Sérgio Mamberti aqui dentro da ENSP. Nosso parceiro histórico, que criamos muitas políticas no campo da saúde mental aqui, aí está o nosso cartaz do Loucos pela Diversidade e o Gil nessa mesa, Gilberto Gil.

Nunca me esqueço quando ele chegou aqui, que ele foi apresentado como Ministro da Saúde por um ato falho, e ele falou: “da saúde espiritual”, ele interrompeu. E que, realmente, é o ministro da saúde espiritual. Foi uma experiência muito rica e pioneira para a gente construir essa política que deu origem a iniciativas práticas no campo da cultura, dos pontos de cultura. Registrando aqui também a presença da Patrícia Dorneles, que vai estar aqui, presente na época do Américo Córdula e o Dado Lima, e que chegou também a elaborar um edital de premiação, nomeado Edital Austregésilo Carrano, em homenagem ao Austregésilo Carrano, um jovem que esteve internado em vários hospitais psiquiátricos e que fez a denúncia dessas internações em um livro chamado “Canto dos Malditos”, que deu origem ao filme “Bicho de Sete Cabeças”, que já tem também 20 anos, mais ou menos, 21, né? Foram 20 anos que ele foi lançado, já há muito tempo. Já precisamos renovar aqui, porque a rapaziada nova, a moçada e a rapaziada nova, era muito jovem quando esse filme saiu.

E aqui também nós fizemos o “Nada Sobre Nós Sem Nós”, primeira vez que se usou essa expressão, esse slogan, essa frase aqui no Brasil. Foi feito todo esse processo

do Loucos para Diversidade e o Nada Sobre Nós, construído coletivamente, com a participação de artistas do campo da Saúde Mental, usuários, agentes, população, familiares, etc. Os dois deram origem a editais de premiação, selecionaram muitos trabalhos e criou-se uma política regular de apoio, de ponto de cultura, de iniciativas ligadas a essas políticas públicas.

A outra iniciativa - tivemos outras importantes, foi esse trabalho sobre protagonismo de usuários e familiares: tivemos um curso de formação e depois todo um seminário, e finalizou com um concurso, concurso da melhor frase e melhor imagem, sobre a questão do protagonismo e da participação social, em um momento importante, em que a gente sentia diminuindo a participação. Deu origem - o próximo slide apresenta aí uma foto desse encontro - à imagem premiada, que é da Raíssa, e à frase: “Pessoas são como palavras e passarinhos: devem permanecer livres!”, do Camilo Marcolino, de Minas Gerais. Então, todo esse processo de construção foi muito importante.

Mas, bem, nós queríamos chamar a atenção mais uma vez, como já foi falado, sobre a questão da medicalização. Muitas pessoas pensam imediatamente em medicamentos, em médicos, em remédios, coisa assim. Quando falamos de medicalização, nós não estamos falando de exageros pontuais, ou de um simples excesso de receitas ou prescrição de medicamentos. Estamos falando de um processo social mais amplo que a simples prescrição de medicamentos, e que, basicamente, retira da experiência humana a sua complexidade social. O que isso quer dizer, na prática? Quer dizer que diversos aspectos naturais da experiência humana são exclusivamente reavaliados, ressignificados, retomados como experiências de transtorno, de doença.

Então, o que precisamos é revalorizar a complexidade da experiência humana pelas suas várias dimensões, e não reduzi-las a tratamentos, a doenças, a medicamentos, a outras formas de tratamento, que seja à relação com a doença e não com o sujeito. Ou seja, manifestações naturais da vida humana, principalmente quando essas manifestações não são agradáveis e geram algum tipo de transtorno, de incômodo, ou de sofrimento individual, são transformadas exclusivamente ou predominantemente em problemas médicos. Então, essa é a discussão que a gente faz, de retomar questões que estão fora

desse contexto, desse paradigma, e que vão desde os direitos humanos à desigualdade, à violência, à pobreza, à falta de acesso a direitos etc.

Então, nós acreditamos que não só é possível construir essas políticas, saindo do campo exclusivo da área da saúde, pensando interdisciplinar, multidisciplinar, intersetorial, interseccionalmente. E é aí que entra a questão do trabalho, que entra a questão da economia solidária, entra a questão da arte-cultura que nós temos pensado, da educação, e de outras políticas. A ideia fundamental desse seminário é que a gente possa dar um pontapé inicial a um processo de construção de uma agenda política no campo da medicalização, pensando a saúde como um conceito ampliado: a saúde ligada à qualidade de vida, a direitos, a saúde ligada a outras dimensões da vida, que não sejam exclusivamente da saúde, e, com isso, fazer incidências políticas em outras áreas, como fizemos na cultura, como fizemos na economia solidária, como fizemos com os Direitos Humanos naquela época, com o Paulo Vannuchi e, evidentemente, com os respectivos Ministros, mas de todo um processo de participação muito importante que fizemos.

Nós estamos já aqui na Fiocruz, aqui na ENSP, há 45 anos com o Curso de Especialização em Saúde Mental. Vou aproveitar para dar uma reivindicada de apoio, e dizer que nós fizemos esse curso, muitas das vezes, absolutamente solitários, sem nenhum apoio de política pública. Mantivemos esse curso, resistimos a um momento muito difícil de realização. Vejo aqui um monte de alunos, um monte de alunos que passaram por esses cursos aí nessa vida pública como professores, como gestores, como lideranças.

Então, é importante que a gente tenha essa dimensão de que é um momento de início de uma construção de uma agenda, tanto para processos formativos no campo da medicalização e patologização da vida, quanto para incidências políticas de criar, realmente. Então, nós vamos manter aberto, e fizemos um endereço de e-mail, que é o desmedicafiocruz@gmail.com, que vai ficar aberto para contribuições de grupos, de coletivos, de pessoas, para que a gente possa receber esse material, trabalhar em cima dele e devolver às pessoas, para aí criar um processo de troca permanente, de tal maneira que a gente possa criar esses documentos, essas frentes, um repositório, também, publicações etc., várias formas de intervenção.

Esse endereço ficará disponível, e a gente, enquanto nosso coletivo, também estará disponível para esse contato. Agradeço a muitas outras pessoas que vieram aqui e que estão participando, que já estiveram lá no Loucos Pela Diversidade, no Nada Sobre Nós Sem Nós, e estão aqui, continuando, e que vão estar nessas mesas. E dizer que nós não conseguimos contemplar tudo e todos nesse primeiro momento, mas a gente espera que a gente possa dar sequência a esse seminário. Já aproveitando para lembrar que nós estamos, a última apresentação, não, acho que não entrou, desculpe, em 28, 29 e 30 de outubro, nós vamos realizar o 10º Seminário Internacional “A Epidemia das Drogas Psiquiátricas".

Esse seminário, que desde 2017 a gente realiza, esse ano vai ser no auditório da OAB, ali em frente ao Santos Dumont, com o auditório grande, para 400 pessoas. A gente achou que seria um seminário especial dos 10 anos. Então, já está todo mundo convidado. Em breve, nós vamos lançar o edital para as inscrições. Quero aproveitar para agradecer ao Marcos Dias, que é o artista que fez essa logo, esse desenho para nós, nós achamos muito lindo e muito sensível, que ele fez exclusivamente para esse seminário.

Então, mais uma vez, quero agradecer, agradecer aqui ao Bruno, à Ana Paula e à Karina pela presença na mesa, e já imediatamente convidar o Edvaldo Nabuco, que vai coordenar a próxima mesa, para convidar os participantes, e a gente continuar para não perder muito, atrasamos muito por causa da questão do dia de hoje, da paralisação. Então, muito obrigado, gente, mais uma vez. Obrigado, Edvaldo. Deixo vocês sob a coordenação do Edvaldo Nabuco, nosso querido e histórico parceiro aqui do nosso trabalho.

## PALESTRA DE ABERTURA

*“Enfrentando a medicalização e a patologização da vida a partir do conceito ampliado de saúde”*

**EDVALDO NABUCO**

Bom, bom dia a todos, todas e todes, eu sou o Edvaldo Nabuco. Para mim é uma honra estar aqui participando deste seminário, eu fiz parte da equipe que fez o seminário Loucos pela Diversidade, foi um seminário muito bonito, fiz parte da equipe que fez o seminário Nada Sobre Nós Sem Nós, então para mim é uma honra estar participando desse momento aqui. Vou fazer minha autodescrição, eu sou um homem preto, de 58 anos, cabelos bem baixos, quase careca, uso barba, estou de óculos e usando uma camisa azul claro.

Eu sou doutorando da UFRJ e vou coordenar essa mesa aqui com vocês hoje, a mesa “Enfrentando a Medicalização e a Patologização da Vida a Partir do Conceito Ampliado de Saúde”. Eu queria chamar para compor a mesa a Luciana Surjus, docente do Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva da Unifesp, líder do grupo de estudo, pesquisa e extensão Diverso: Saúde mental, Redução de Danos e Direitos Humanos, e coordenadora de saúde mental no núcleo de saúde digital da Unifesp.

Queria convidar também a professora Maria Aparecida Moysés, professora titular de pediatria na UNICAMP e militante do Despatologiza, movimento pela despatologização da vida e da luta antimanicomial. Queria convidar para fazer parte da mesa também o professor Rossano Cabral, membro da Rede Nacional de Pesquisa em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes e professor do Instituto de Medicina Social da UERJ.

E queria convidar também o Dr. Holmes Martins, gestor do Programa Intercuidados no Núcleo de Estudo em Medicina Diagnóstica e Pericial e autor do livro "A Desmedicalização Assistida", lançado pela Editora Letra Capital em 2011. Em 2026, lançará o "Dicionário Decolonial da Psiquiatria". Bom, a gente vai fazer uma dinâmica, cada palestrante vai ter 20 minutos para fazer sua explanação, e a gente vai depois abrir para os debates.

Vou seguir a ordem que foi apresentada, então vou começar com a professora Luciana Surjus, por favor.

**LUCIANA SURJUS**

Gente, bom dia a todos, todas e *todes*, celebrando aí todas as existências, e é uma alegria estar aqui com vocês, uma honra. Uma responsabilidade também, com tanta gente especial que vem construindo essa história de enfrentamento desses processos de captura do sofrimento humano pelo grande capital, com repercussões bastante nocivas para o nosso modo de organizar a sociedade. Então, vou tentar falar aqui brevemente, trazer algumas contribuições para esse debate.

Eu sou Luciana, sou terapeuta ocupacional, sou professora da Universidade Federal de São Paulo no campus Baixada Santista, e sou uma fechadora de hospício e uma promotora de cuidado em liberdade. Para a minha audiodescrição, eu sou uma mulher branca, de cabelos… uma coisa meio branca, meio castanho, meio misturada, cabelos curtos, um brinco pequeno e um vestido de alcinha, e de óculos. Eu coloquei o nome da minha apresentação de "Sonhando Redes" em alusão a um capítulo desse livro que a gente organizou, eu e Marcelo Kimati, que é "Políticas e Práticas de Promoção de Equidade", onde a gente reúne muita gente bacana fazendo uma reflexão também dos processos do cuidado e liberdade e da trajetória de organização das redes de cuidado no campo de álcool e outras drogas.

E aí. as fotos estão contando um pouco dessa última segunda-feira no nosso espaço de convivência em que a gente estava reunido no horário do jogo da Copa, porque essa história de não largar a mão de ninguém, a gente precisa materializar. E aí no nosso

espaço de convivência a gente foi assistir ao jogo da Copa juntos, com a população usuária de drogas, em situação de rua, e aí foi incrível, tirando o delay das outras pessoas comemorarem antes de nós, a gente sabia que ia ser gol, mas foi muito bom.

Então, assim, o que a gente refletiu um pouco nesse capítulo, e que eu queria compartilhar com vocês, é a necessidade da gente pensar também arranjos inovadores de cuidado, tanto da gente reconhecer historicamente os arranjos inovadores que foram sendo forjados para o enfrentamento desses processos de despolitização, dos processos de adoecimento e da captura do sofrimento pelo grande capital, a gente conseguir, nessa trajetória de retomada e da memória dos processos que foram construídos, identificar os desafios que a gente tem, compartilhar arranjos inovadores que estão acontecendo nesse momento em vários lugares do território, principalmente em territórios periféricos, onde a vida precisa ser reinventada dia a dia pela violência muito provocada pelo próprio Estado, e afirmar caminhos para políticas públicas.

Acho que a política nacional de saúde mental é um exemplo de uma política construída em parceria, construída num esforço, numa intensidade e num movimento de baixo para cima, e que talvez em algum momento a gente tenha parado para respirar um pouco, entendendo algumas garantias desse processo de incorporação dessas lutas na política pública. Mas acho que nos assustou profundamente no decorrer da história o quanto tudo isso é frágil se a gente não se mantiver junto, se a gente não se mantiver nos territórios, se a gente não se mantiver em grande articulação de sustentação do que a gente está propondo, porque a gente é contra a maré, a gente continua sendo contra a maré.

A gente tem inúmeros desafios para a conformação de redes, eu sempre brinco no espaço, quando a gente conversa de rede todo mundo fala assim: “nossa, mas rede é depender do fulano estar naquele dia, senão você não consegue parceiro, senão você não consegue que alguém seja atendido, senão você não consegue furar os fluxos tão enrijecidos, tão burocráticos que têm sido criados”. As portas abertas estão todas fechadas, as pessoas todas muito defendidas, muitos trabalhadores e trabalhadoras num processo de precarização extremo, e que passam a se defender, eu digo que em alguns lugares você tem aquela situação de que o usuário está atrapalhando, que as pessoas

chegam e vão atrapalhar o trabalho, porque você tem um trabalho extremamente burocrático, extremamente empobrecido do ponto de vista de recursos materiais, mas também de recursos intelectuais, simbólicos para atuar.

A gente tem uma questão de crescimento do conservadorismo, da criminalização dos movimentos sociais, das populações periféricas, do subfinanciamento crônico das nossas políticas, o proibicionismo que insiste em reger uma força grande econômica de controle social também de populações pobres. Eu brinco que, para famílias desesperadas, o que não é eu fazer a promessa de levar o seu filho e devolver outro daqui um ano, daqui seis meses? E aí as famílias vendem suas casas, seus carros, na tentativa de cuidar dos seus entes queridos, e indo aí um agenciamento imenso de recurso público também para instituições de vinculação religiosa para cuidar das pessoas com problemas com drogas.

E o estigma social e institucional que opera muito nas nossas portas, principalmente no campo de álcool e outras drogas, isso é extremamente forte, ainda há uma expectativa pela abstinência da parte dos próprios profissionais muitas vezes. Ainda há um julgamento muito grande, então: “só venha para o nosso serviço se você estiver limpo, se você cumprir horário, se você quiser parar de usar droga, se você tomar banho”, uma série de exigências que expulsam as pessoas, impedem as pessoas de adentrar nos nossos serviços. E a nossa fragilidade em termos de estrutura, em termos de articulação também dos conhecimentos, que nos impede de estar no território. Costumo brincar lá no meu território, que é a gente abaixar a orelha um pouco e aprender com quem faz a resistência todos os dias na vida, quais são as estratégias de sobrevivência que a gente precisa apoiar e aprender para transformar as realidades.

Então, a convocação que eu quero demarcar aqui é que a gente de fato olhe para a conformação de redes que enfrentem as desigualdades, para além do discurso, que a gente seja coerente na nossa prática, que a gente olhe para as populações negras, populações periféricas, para as mulheres que usam droga. Essa população negra e periférica que está no limite da existência, da proteção da sua existência, as pessoas são mortas todos os dias. A gente tem crianças mortas dentro das suas casas, em nome da guerra às drogas, em nome do combate ao crime organizado, mas numa articulação muito grande, aí das

forças de milícia, de corrupção policial, que tem essas populações como alvos preferenciais.

As mulheres que usam drogas, que enfrentam estigma, violência, perdem seus direitos de maternar seus filhos, são bastante julgadas nos serviços, pouco encontram espaços de acolhimento. As populações LGBTQIAPN+, todos os dias também, assassinatos, violências, exclusões, a gente tem vivido nos projetos que coordeno no grupo Diverso, uma grande recepção de pessoas trans em situação de trabalho sexual, que têm encontrado na redução de danos uma saída, uma oportunidade de outras escolhas, e muito porque nós temos na composição da própria equipe, pessoas que eu chamo de redutores de danos orgânicos, então pessoas da própria comunidade, que a gente conseguiu viabilizar a participação como parte da equipe.

Então, para além de uma participação cidadã, no controle social, na participação do cotidiano dos serviços, incorporar essas pessoas nas nossas equipes, para diminuir a distância que as nossas equipes têm da realidade vivida pelos usuários que lá no nosso território a gente começou a chamar de comunidade. A questão dos povos indígenas e quilombolas: resgatar os conhecimentos ancestrais que foram silenciados e ainda são silenciados, retomar a possibilidade de construir com as comunidades aprendizados sob práticas que cuidam de outras formas, que cuidam em articulação com a preservação do meio ambiente, com a preservação do planeta, e que cuidam com recursos comunitários, com respostas que nós já temos ancestralmente.

Então, reafirmando o sonho como um ato político de resistência organizada, de disputar as narrativas, de defesa da democracia, e relembrar aqui alguns arranjos inovadores que entraram para a política pública: consultório na rua, centros de convivência e cultura, as unidades de acolhimento, a questão do suporte entre pares, que eu vou reforçar um pouquinho aqui, pensando desde práticas orientadas para o “recovery”, como o suporte entre pares, como o GAM, como os projetos de redução de danos que trabalham com forças comunitárias.

Então, aqui, o Bruno estava lembrando da gestão autônoma da medicação, uma estratégia inicialmente criada no Canadá, proposta por pessoas que usavam medicamentos, psicofármacos, e que viam ali o exercício do poder constante nessa

prescrição e no uso dos medicamentos, tanto para silenciar e impedir outras circulações pela vida, como a falta de informação e da participação nas tomadas de decisão sobre o uso. Digo assim, se alguém tem um diagnóstico de câncer, pode optar por não usar medicamentos, mesmo que isso gere dor, que encurte a vida, que gere na família uma comoção. As pessoas que têm um diagnóstico de transtorno mental não têm essa opção.

Então, a gente faz, desde medicamentos involuntários, contenção física, à vigilância na medicação assistida para as pessoas abrirem a boca e levantar a língua para ver se engoliram os nossos comprimidos dentro dos nossos serviços de cuidado em liberdade. Então, no Brasil… acho que no Canadá tem uma articulação dos movimentos sociais de pessoas usuárias de psicofármacos, cuidadas em serviços de saúde mental. E, no Brasil, em 2009, a gente faz esse grande esforço de adaptação dessa estratégia para o nosso contexto, e a gente se depara, para além do uso da força e da hierarquia que tem na prescrição dos medicamentos, na falta de participação dos usuários nos seus projetos de cuidado, a gente vive com os usuários um manejo medicamentoso pela falta de acesso.

Isso nos surpreendeu muito. Então, pessoas que diziam para a gente: “olha, eu estou entendendo que é necessário me tratar e o medicamento me ajuda, só que falta o medicamento, então eu começo a fazer uma gestão do medicamento para dar o medicamento até que ele seja reposto na farmácia, então eu tomo um dia sim, um dia não, eu tomo metade, eu paro de tomar um tempo, depois eu retomo”.

Então, é preciso considerar todas essas peculiaridades. Costumo dizer que a GAM no Brasil não é uma estratégia, não é uma crítica única à questão do excesso, porque a gente tem uma realidade de polifarmácia, como a gente tem uma realidade de polidiagnósticos, então a gente tem pessoas com 5, 6, 7 diagnósticos, 5, 6, 7, 8 psicotrópicos, tomados sem acompanhamento, sem participação, e que a gente vem tendo resultados bastante drásticos de repercussão na vida das pessoas, nas suas capacidades de estar na vida. Isso não quer dizer que os medicamentos, que os procedimentos, que os profissionais não tenham valor de uso, todos têm valor de uso, mas eles não respondem necessariamente às necessidades das pessoas e essa avaliação só pode ser feita junto com as pessoas na construção de projetos terapêuticos onde elas de fato tenham participação.

E aí, vou compartilhar muito rapidamente com vocês, estou completamente descontrolada no tempo, Edvaldo, meu colega, não sei como é que eu estou, se eu corro, se eu não corro. Estou super bem, estou ótima no tempo. Vou compartilhar, então, posso até beber um copinho d'água, e compartilhar algumas estratégias que tem mundo afora, que são estratégias de fortalecimento de outras lógicas e que vêm demonstrando resultados importantes para a gente disputar também essa narrativa no campo da produção científica.

Então, esse é o Banco da Amizade, não sei quantas pessoas já acessaram, tem um site de acesso, é uma experiência nascida no Zimbábue, proposta por um psiquiatra chamado Dixon Shibanda. Ele, em um cenário de 11 milhões de habitantes, onde eles tinham 10 psiquiatras, e as pessoas morriam muito por questões de suicídio, uso intenso de drogas, HIV, uma série de questões, ele vai olhar não para o que faltava no território, que era a falta de profissionais especializados, mas o que havia de abundância nos territórios, que eram, por exemplo, o que ele identifica as avós, que eram recursos sábios, recursos abundantes, e recursos com disponibilidade, com sabedoria e disponibilidade.

Então, recursos que ele toma como recursos fundamentais para estabelecer o que ele vai propondo, que eu vou nomear como práticas de promoção de saúde mental. Então, são avós promotoras de saúde mental que passam a compor também processos de escuta e acolhimento em bancos de praças nas comunidades próximas à atenção básica no Zimbábue.

E aí, essas avós são instrumentalizadas, então há uma prática intercultural de, a partir do conhecimento dessas avós, também instrumentalizar com o acúmulo no campo da saúde mental e da própria psiquiatria, ajudando a renomear aquilo que se chama de depressão: como é que se chama na cultura local, os sintomas que se veem de uma forma, como é que eles repercutem naquele território. E aí, eles conseguem desenvolver nas experiências iniciais estudos clínicos randomizados que vão produzir evidências muito robustas de um impacto na redução do suicídio, dos problemas graves com drogas e de infecção por HIV, muito maiores do que serviços especializados.

Então, um projeto absolutamente exitoso que já está em 12 países, com mais de 3 mil pessoas da comunidade treinadas e muitas pessoas atendidas com redução ali no

processo de ensaio clínico. Eles fazem toda uma aplicação de questionários avaliando sintomas, antes e depois dos processos de cuidado, com uma redução bastante expressiva de sintomas depressivos e de ideação suicida nas comunidades. Algumas experiências também de intervenções baseadas na natureza, em articulação com soluções baseadas na natureza.

Então, intervenções muito simples que vão dizer das necessidades de retomada de contato com a natureza, da retomada e da utilização de espaços verdes e azuis para recuperar os processos de reconexão com a natureza. E, se não há espaços verdes e azuis, como é que a gente articula com as soluções baseadas na natureza e propõe práticas que nos ajudam a recuperar a articulação da saúde com a preservação do meio ambiente? E aqui o nosso grupo, que é um grupo na universidade que tem mais pessoas da comunidade do que estudantes de graduação e de pós-graduação, embora eles estejam conosco. A gente teve o Rogério, que é esse redutor de danos cadeirante, que nos impunha muito o debate da Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, de como a gente ainda não incorporou a Convenção no campo da saúde mental, embora os movimentos estejam em toda a formulação, o quanto a gente precisa avançar nessa conexão dos direitos das pessoas com deficiência no campo da saúde mental, da atenção psicossocial.

A gente perdeu o Rogério recentemente por problemas clínicos. Esse continua sendo o destino de várias pessoas com sofrimento psíquico: a negligência clínica, a falta de acompanhamento. Perdemos hoje, nessa madrugada, o Dentinho, que também é um redutor de danos do “É de Lei” e também orgânico, uma pessoa da comunidade, atuando na mesma questão. Tem uma falta de ar, vai para a UPA e não volta.

Esse aqui é um filhotinho de quero-quero que foi encontrado em uma das nossas abordagens. As pessoas em situação de rua, a maioria é egresso do sistema prisional, a maioria muito duro, muito cascudo, muito brabo, e que chegam ali com aquele filhote de passarinho na mão dizendo: “Professora, o que a gente faz com esse filhotinho? Vamos cuidar igual a gente cuida da gente, vamos buscar ajuda”. Então, é essa equipe que vai produzindo um cuidado coletivo ao mesmo tempo em que promove uma formação para uma redução de danos como estratégia decolonial. Então, a incorporação de críticas,

alternativas à colonialidade dos saberes e práticas, que nos fortaleça na garantia e na proteção de existências que a gente tem nomeado de contra hegemônicas.

E vou pular, que agora eu preciso correr, relaxei, e agora eu preciso correr. Queria compartilhar com vocês quem é que a gente tem buscado como parceiros para segurar o céu e para adiar o fim do mundo. Então, a gente tem buscado a própria comunidade como uma parceira que tem conhecimentos e que pode ajudar na elaboração, reconhecendo que a comunidade também tem uma produção intelectual. Isso é uma briga dentro da universidade, de reconhecer o notório saber e de garantir viabilidade da participação como parte da equipe que vai desde a criação de cargos públicos, por exemplo, de agentes redutores de danos, de promotores de saúde mental.

Essa primeira foto é um espaço de convivência. A segunda é a nossa parceria com o povo tupi-guarani da região do litoral sul, lá em Peruíbe, São Paulo. E aqui, ali à direita, uma reunião que a gente fez embaixo de uma plantação de maconha numa associação canábica, junto com os povos indígenas e com assentados da reforma agrária, retomando o conhecimento sobre a planta e juntando essas lutas, da luta pela terra, da luta pelo planeta, que a gente possa articular. A gente vai tentando se blindar de alguma forma, então aqui é uma juíza criminal, Doutora Renata, aqui são os promotores de justiça, que a gente vai fazendo as alianças institucionais para garantir também que a gente não seja criminalizado, que os nossos parceiros da comunidade não sejam penalizados pelo enfrentamento que a gente faz às vezes com os próprios serviços, de denunciar negligências, de denunciar violências, de denunciar portas fechadas.

O Espaço do Nhimonguetá Rendá, que é uma iniciativa do povo tupi-guarani protagonizada por mulheres indígenas no sentido de construção de espaços de cuidado de si, de espaços de cuidado coletivo e de trocas que a gente faz. Então essas fotos reúnem a população em situação de rua com os povos indígenas tupi-guarani, e a gente pensando as conexões entre redução de danos, saúde mental e bem viver. Aqui o nosso povo do projeto de resgate do conhecimento da planta, da maconha, e a participação mais ativa de grupos minorizados politicamente nesse processo de regulamentação.

Então, povos indígenas e assentados da reforma psiquiátrica. Os nossos espaços do grupo de gestão autônoma da medicação que a gente articula como iniciativa do

Laboratório Cuerá, que é pensando os recursos naturais também para a sustentação de um processo de desmedicamentalização. Então, para retiradas cuidadosas e que possam lembrar que a gente tem outros conhecimentos e outros recursos que podem ajudar a melhorar o nosso sono, a melhorar o nosso dia a dia, a cuidar das nossas dores, do nosso sofrimento.

Então, o nosso Laboratório Cuerá e, mais recentemente, o Núcleo de Saúde Digital e o Centro de Acesso a Direitos e Inclusão Social, que é uma iniciativa do Ministério da Justiça na Secretaria Nacional de Política de Drogas. Então, na Unifesp a gente propõe o CAIS Escola, que é a universidade prestando serviço, mas também produzindo evidências e também formando pessoas, com a comunidade protagonizando nesse lugar como parte da equipe. E numa parceria mais recente com o Movimento Independente Mães de Maio, que é uma estrutura também, uma articulação de mães que há 20 anos lutam pela denúncia e pelo enfrentamento da violência policial que continua e segue matando nas nossas periferias.

Esse movimento faz 20 anos, e nós somos de uma região lá na Baixada Santista que tem Operação Verão, Operação Escudo, que vocês podem também olhar e notícias da força da violência policial nesses territórios, principalmente em disputa da região portuária por onde escoa a maior parte da cocaína que passa pelo Brasil e vai para a Europa.

Concluindo, muito obrigada e boa mesa para nós.

**EDVALDO NABUCO**

Muito obrigado, professora Luciana. Vou passar agora a palavra para a professora Maria Aparecida Moysés.

**MARIA APARECIDA MOYSÉS**

Eu vou falar aqui porque eu tenho um transtorno de não conseguir falar sentada. Mas é fácil de resolver, é só ficar em pé. Eu sou Maria Aparecida Moysés, sou pediatra,

professora titular de pediatria na Unicamp, militante do Despatologiza e da luta antimanicomial. E eu quero declarar meus conflitos de interesse como médica, declarando que eu não tenho conflito de interesse nem com a Novartis nem com a Shire nem com a Janssen, nem com a indústria farmacêutica, nem com editoras. Não ganho dinheiro com essas lutas, pelo contrário, gasto. Mas tenho, sim, alguns compromissos intransigentes e radicais com as ciências, a ética e a vida de crianças, adolescentes homens, mulheres e também de animais e também de seres inanimados, porque a gente precisa se proteger.

Eu sou uma mulher branca, baixa como já deu para perceber, embora isso não apareça. Tenho cabelos curtos, grisalhos, estou com uma blusa preta, um casaquinho de fundo preto com bastante colorido, que eu brinco que é meu casaquinho de gueixa. Um brinco pequenininho de rosinha que eu ganhei da minha mãe. Não faz parte da audiodescrição, mas tem todo o carinho aí.

Bom, como pediatra, desde o jardim da Infância, há muito tempo eu trabalho com crianças e adolescentes e as suas famílias. E uma coisa que eu percebi que era super importante era tentar olhar o mundo pelo olhar das crianças e adolescentes. É uma coisa que eu venho tentando fazer e eu digo para vocês que é extremamente difícil, eu diria até que é impossível, mas eu sigo tentando. Mas, uma coisa eu aprendi com elas: que é que uma criança com uma bolinha de gude na mão pode descomplicar tudo, subverter o nosso olhar e nos facilitar a transformar o mundo. Por isso que tem essa bolinha de gude aí [na apresentação].

Bom, eu quero começar com a frase do Foucault, que “o corpo é uma realidade biopolítica e a medicina é uma estratégia biopolítica”. E quero completar, um adendo ao Foucault, que os processos de medicalização e patologização da vida são estratégias biopolíticas. E que, para enfrentar isso, nós precisamos inventar, reinventar, reinventar estratégias biopolíticas, que é o que a gente vem fazendo já há um bom tempo.

Quero começar falando um pouquinho de política pública. O que é uma política pública? E aqui eu estou me inspirando na Marilena Chauí, que faz essa discussão lindamente. Política pública como uma expressão da correlação de forças em uma sociedade específica num tempo determinado, um espaço-tempo determinado. Nós somos

também seres datados e situados, como bem disse o Paulo Freire, num espaço-tempo bem definido. E essas políticas são a expressão dos anseios de distintos grupos, inclusive nossos, que somos os contra hegemônicos. Mas que a gente está lutando, acumulando força, para que um dia a gente se torne hegemônico.

Por isso é que a gente está inventando, reinventando, reinventando as estratégias biopolíticas. Existe um espaço para o contra hegemônico. Pequeno, mas existe. A gente vai atuando pelas fissuras, pelas brechas, ampliando para que um dia a gente inverta o jogo, subverta o jogo e se torne hegemônico na definição das políticas. Lembrando que, hoje, as políticas públicas são hegemônicas? São, sim, medicalizantes e patologizantes, não apenas no campo da saúde. Também no campo da educação, no campo da segurança pública, em todos os campos, as políticas são, sim, medicalizantes, patologizantes porque elas são segregacionistas, excludentes, machistas, violentas, misóginas, feminicidas, tudo aquilo que a Lu já falou.

E o nosso desafio é construir políticas contra hegemônicas. Num processo de despatologizar, desmedicalizar, desmedicamentalizar, e, como bem criou o Paulo, desdiagnosticar. É interessante que nos outros campos da medicina os diagnósticos se encerram, a maior parte deles. Com exceção de algumas doenças crônicas, os diagnósticos se encerram. No campo da saúde mental, ou da não-saúde mental, os diagnósticos, uma vez instalados, [uma vez] batido o martelo, eles nunca são retirados. É um diagnóstico por toda a vida, e a gente precisa começar a desdiagnosticar.

E eu acho que a gente tem dois grandes eixos. Quer dizer, tem vários, mas eu queria falar aqui de dois grandes eixos de atuação possível pra gente. São as políticas de saúde e as políticas de formação profissional, que acho que é um grande nó pra gente enfrentar. Então, as políticas patologizadas elas naturalizam a vida, e na vida da natureza não existem direitos. Então, são instrumentos, sim, de destruição de direitos. Na natureza, a lebre, o coelhinho, pode dizer pro seu lobo que tem direito de tomar água. Ela pode dizer, mas na verdade o que ela pode tentar fazer é ser mais rápida, mais ágil e correr mais depressa. Porque ela não tem o direito.

As leis que regem a natureza são leis de direitos. Direitos são uma conquista da humanidade - ainda não totalmente implementada, vamos lembrar disso - pela qual

milhões morreram e continuam morrendo. E não temos direito ainda porque direitos são uma coisa, também da Marilena Chauí, que: ou todos temos, ou ninguém tem. Se eu tenho o direito de tomar água e você não tem, eu não tenho direito: eu tenho privilégio, e você, uma carência. Direitos, ou todos temos, ou ninguém tem. Portanto, vivemos em uma sociedade em que não há direitos, mas a naturalização destrói ainda mais.

As políticas patologizadas também são regidas pela lógica do mercado e a mercantilização da política e da atuação profissional. Elas usam as ciências de um modo deturpado, usam as ciências para um discurso que, na verdade, é anticientífico , antiético e negacionista. E que transforma os seres humanos em coisas, em não-humanos. Como bem disse a Lu, a população preta, a população de mulheres, a população periférica é transformada em não-humanos pelo processo de violência de uma política patologizada.

E a esfera privada invade a esfera pública de tal modo que as políticas públicas… É difícil a gente falar hoje em política pública: são muito mais políticas privadas, políticas privatistas, políticas privatizantes. E aqui eu quero relatar para vocês algumas experiências despatologizantes para mostrar que há não só luz no fim do túnel, mas até tem um túnel. A gente tem uma experiência em Campinas com normas para dispensação de metilfenidato. Campinas, aqui está difícil de enxergar o ano, gente. O último ano [do gráfico exibido] é 2011, essa era a quantidade de comprimidos dispensados na rede pública de campinas para crianças e adolescentes. Lembrando sempre que esses dados, que a gente obtém junto às prefeituras com muita dificuldade, que os dados públicos são absolutamente transparentes.

Então, a gente precisa começar a pedir visibilidade de dados, e não transparência. Porque um vidro transparente a gente enxerga através dele, mas não vê nada. Então, os dados são transparentes. Aqui é só de rede pública, a rede privada não está aqui. O que é vendido em farmácia não estava aqui [nos dados exibidos no gráfico]. Nessa época, a dispensação de metilfenidato na rede pública de Campinas, que a gente só conseguiu esses dados graças ao Pedro Tourinho, um vereador. A dispensação era maior - não em termos proporcionais, mas em termos absolutos - do que na cidade de São Paulo. Era exagerado, era o maior do Brasil. A tal ponto que a coordenadora de saúde mental, uma

psiquiatra chamada Sarah Sgobin, também da Unicamp, a gente conseguiu ter acesso a ela e ela formou um grupo de trabalho para discutir isso.

Eu não participei desse grupo - até porque, se não, [eu] ia dificultar tudo -, mas tem um companheiro de luta, Fernando Chacra, da Unicamp, da pediatria e também do Despatologiza. Ele participou, participou a Rosângela Vilar, também do Despatologiza, vários pediatras profissionais da rede, psiquiatras, e foi convidado também para participar o psiquiatra de Campinas que era o maior prescritor. E, depois de alguns meses de discussão, eles conseguiram estabelecer um protocolo, que foram essas normas para dispensação. A primeira coisa que foi feita é: substituir aquilo que se fazia, que era passar na consulta e receber uma receita de um medicamento, por uma atenção integral à saúde de crianças e adolescentes. As crianças chegavam na consulta com o pediatra, o pediatra avaliava e, se havia a necessidade, se ele sentia necessidade, ou mesmo se ele tivesse dúvida, ele não precisava ter um diagnóstico. Ele encaminhava para a equipe e, em vez de um medicamento, era estabelecido para essa criança, construído para ela pela equipe um projeto terapêutico singular. Ela era atendida por uma equipe multiprofissional - que sempre tinha o pediatra, o psicólogo - , de acordo com as necessidades individuais. E não tinha fono[audióloga] para todo mundo, mas tinha TO, se precisasse.

Era para cada criança, realmente singular e envolvendo família e escola. Nessa equipe tinha também um neuropediatra ou um psiquiatra, que era o responsável por definir com a equipe, mas ele é quem definia se seria prescrita uma substância psicoativa ou não. Uma coisa importante é que essa responsabilidade era dele, mas ele era membro de uma equipe. Ele não atuava sozinho. Esse é um dado internacional, que diz que psiquiatras reclamam quando atuam sozinhos. Eles tendem a patologizar e *medicamentalizar* muito mais, porque o médico também precisa de uma rede de apoio.

E o diagnóstico era feito segundo normas cientificamente construídas. As normas eram aquelas que se preconiza: critério de diagnóstico segundo a CID e o DSM. Então, o psiquiatra ou o neuro tinha que preencher todo um formulário onde tinha o SNAP 4, tinha os critérios de diagnóstico da CID e do DSM. E ele preenchia aquilo, assinava e se responsabilizava. E lá também tinha, neste papel, algumas informações sobre as substâncias psicoativas disponíveis, que ele poderia prescrever. As reações, os efeitos

terapêuticos e as reações adversas. E ele colocava um “ciente” em tudo isso, e um compromisso de informar a família sobre tudo isso.

Acho que isso ajudou bastante. A idade para começar a prescrição de qualquer substância psicoativa era, no mínimo, de 8 anos. Nas normas de qualquer conhecimento farmacêutico para substância psicoestimulante [o mínimo] é de 6 anos, mas esse grupo decidiu estabelecer como 8 anos, no mínimo. Com 3 meses, a criança que entrava na prescrição ou que não entrava, a criança que entrou nesse processo, era reavaliada pela equipe.

Se ela estava usando substância psicoativa, se não tinha um efeito significativo, era suspenso e não se reintroduzia mais, porque já sabia que não funcionava. Se estava funcionando de acordo com a equipe, a família e a escola, ela era reavaliada a cada 6 meses, sempre com um novo projeto terapêutico singular. Não é aquela coisa de “botou um diagnóstico, botou um rótulo e acabou”. A cada 6 meses, [a criança] era reavaliada, e tinha um tempo máximo de uso de substância psicoativa por 24 meses, porque também tem um conhecimento estabelecido que diz que o uso contínuo por mais de 36 meses pode provocar danos anatômicos irreversíveis.

E aí, aconteceu isso: [exibição do gráfico após a implementação do grupo de trabalho] ele foi instituído na metade de 2012 e já caiu pela metade [a dispensação de metilfenidato em Campinas]. Quando caiu, a gente levou um susto e pensou: “estão usando risperidona”. Não estavam. A gente ainda conseguiu esses dados fantásticos, isso foi implantado também na época do Haddad em São Paulo. Nenhuma criança surtou, nenhuma mãe foi no programa do Ratinho para denunciar. As televisões não puderam fazer escândalo, mas aconteceu o seguinte: graças à Big Pharma e às associações de psiquiatria, os psiquiatras hoje não usam mais metilfenidato, eles usam o Venvanse.

E aí, este protocolo, que é para o diagnóstico e a prescrição de substâncias psicoativas, não é usado, porque ele “era só para o metilfenidato”. É fantástico como eles conseguem driblar. O que é um absurdo, e isso reflete a questão da formação do profissional. Só é ainda menos usado [o Venvanse] porque uma coisa importante daqui [do protocolo] era que toda criança e adolescente tinha acesso a esse tratamento. Mas ela

tinha que fazer o tratamento completo na rede pública, não valia chegar com uma prescrição e pegar o medicamento. Não. Quer entrar? Entra com tudo.

Hoje, tem uma pressão muito grande de neurologistas e psiquiatras para que os pediatras renovem as receitas do Venvanse, e tem uma resistência dos pediatras. É por isso que ainda não é tão grande [a quantidade de prescrição de Venvanse]. Mas essa experiência maravilhosa [do protocolo], que foi implantada em Pernambuco, em São Paulo, está aí. Mas não está disponível para a gente utilizar porque "era só para o metilfenidato, não vale para os outros medicamentos".

Um outro é o vestibular da Unicamp, que reflete também o que acontece em todas as universidades com as solicitações de condições especiais de exame por um problema de saúde, o que equivale a dar uma hora a mais de exame, pelo menos. Aqui [exibindo o gráfico], vejam, é a evolução dos dados. E, se vocês olharem todas as outras [solicitações por problema de saúde], que é o vermelhinho, praticamente se mantêm. O verde é TDAH e dislexia, que vêm subindo violentamente. Em 2014, o pessoal da COMVEST me convidou, e a gente viu que o edital deixava brechas enormes. A gente fez um edital junto com a procuradoria, submeteu à procuradoria da Unicamp e esse edital está implantado. Ele começou a valer em 2015, que foi o primeiro ano. A quantidade de solicitações de condições especiais por TDAH e dislexia caiu bastante. Aqui é o número de solicitações aceitas. Graças à judicialização, e que a liminar sempre sai na véspera do exame, o que não dá tempo de recorrer. Nos anos 2020 praticamente não teve solicitação, aí descobriram as liminares e aumentou violentamente. E aí apareceu TEA.

Um dado importante desse edital é que o aluno, o estudante se responsabiliza pelas informações, que serão verificadas. E, se ele for aprovado, ele passará por uma perícia médica, perícia mesmo. Uma coisa importante é que desde o começo, e isso se mantém até hoje, é que - diferente de deficiência física, deficiência visual, deficiência auditiva, todas as outras - , no caso de TDAH, dislexia e TEA, 90% das solicitações são para o curso de medicina. Praticamente nenhuma para pedagogia, para educação física, para licenciatura. Para as engenharias são os outros 10%. 90% medicina e 10% para ciências da computação e engenharia elétrica. O que será, né? A gente precisa pesquisar isso, talvez tenha alguma coisa a ver com neurotransmissor, Rossano.

A outra experiência, que eu vou falar rapidinho, foi a famosa lei 13.438/2017. Foi quando eu e a Lu começamos a guerrear juntas. Foi uma lei construída a partir do movimento de psicanalistas brasileiros e argentinos que criaram o IRD, um instrumento para detectar o risco psíquico de crianças e adolescentes. E eles conseguiram, através do Francischini, aquele deputado delegado fascista do Paraná, aprovar essa lei que alterou o estatuto da criança adolescente e tornou obrigatória a aplicação de um instrumento para a detecção de "risco psíquico" - que ninguém diz o que é, eu gostaria muito de saber o que é "risco psíquico" -, pelos pediatras nas consultas todas as crianças até os 18 meses.

E, na verdade, isso era para um diagnóstico de autismo antes dos 18 meses. Teve um movimento grande, ele propõe um rastreamento universal de 0 a 18 meses, que a gente sabe que é ineficaz. Rastreamento universal é contraindicado porque não funciona, tem falso positivo, patologizando, falso negativo que leva à judicialização. Tinham vários pareceres contrários do Ministério da Saúde contra a lei e foi aprovada assim mesmo. Ele propõe um treinamento aligeirado de pediatras para aplicar um instrumento, que era um questionário, e agredindo tudo aquilo já construído no SUS.

Teve um movimento de todas essas entidades que provocou um workshop do Ministério da Saúde em 2017 e que saiu com algumas decisões consensuadas. Primeiro, o Ministério da Saúde deve encaminhar a revogação da lei. Nunca conseguiu, mas tinham algumas coisas importantes. Já temos o instrumento, a gente quer acompanhar o desenvolvimento de uma criança, e não rastrear uma doença. Tô concluindo. Rastrear doenças é duplicação de recursos humanos e materiais, e ineficaz. O que eu quero de um pediatra é que ele saiba acompanhar o desenvolvimento de cada criança no seu espaço-tempo definido, as condições concretas de vida da criança, que ele saiba avaliar esse desenvolvimento. E que a caderneta de saúde da criança é um instrumento maravilhoso. Aliás, é uma das melhores tecnologias que a gente conhece, entendendo tecnologia como conhecimento sistematizado. E que qualquer outra coisa teria que passar pela CONITEC.

Isso foi o que saiu dessa decisão junto com o Ministério da Saúde. Ficou parado tudo isto, mas a última edição da Caderneta de Saúde da Criança não pôs o IRD, que é o que eles queriam. Mas pôs o M-CHAT, destruindo tudo aquilo que a gente queria e tornando o profissional da saúde, inclusive o pediatra, em mero triador.

Ele não avalia mais o desenvolvimento da criança, ele não avalia a criança, ele não avalia nada. Ele apenas aplica um questionário. Deu? Ele encaminha, porque tem um diagnóstico de autismo, uma formação aligeirada e que eles ganham dinheiro em cursos de treinamento e vendendo o M-CHAT para estados e prefeituras.

Então, vejam, são três experiências que eu estou contando, em que a gente avançou muito, mas que, graças a uma política de descontinuidade que impera no Brasil, ficam paradas. Isto aqui, esse caso agride diretamente a formação profissional. Tudo aquilo que a gente quer, a formação - e eu estou falando especificamente de médicos e mais ainda de pediatras -, que é avaliar o crescimento e o desenvolvimento de cada criança e as condições concretas de vida desta criança, as condições de saúde, as possibilidades, as potencialidades, vira uma formação privatizada, privatista, aligeirada, patologizante, tecnificada e mercantilizada. As políticas públicas hoje, especialmente no campo da formação, mas também as políticas de saúde e educação, são conformadas pelo mercado.

E eu acho que um dos desafios é como fazer com que a política de saúde e de formação profissional conformem o mercado. Eu não quero formar um profissional adequado para o mercado. Eu quero um profissional, eu quero um médico, um pediatra, que conforme o mercado. É o contrário. Esse é o grande desafio. A gente precisa subverter essa lógica. Por isso que eu botei a bolinha de gude lá. Esses são os nossos desafios, a nossa utopia. É a gente que precisa pegar essa bolinha de gude e voltarmos a ser criança. Obrigada.

**EDVALDO NABUCO**

Muito obrigado, professora Maria Aparecida. A gente está contando com o apoio aqui da Camila, que está mostrando o tempo de fala para as pessoas quando faltam cinco minutos, ela está avisando os palestrantes. Vou passar agora a palavra para o Rossano Cabral. Por favor, Rossano.

**ROSSANO CABRAL**

Obrigado, Edvaldo. Gente, bom dia, é um prazer estar aqui com vocês. Agradeço muito o convite feito pelo LAPS, pelo Paulo e todo o conjunto de pesquisadores para estar aqui hoje, e é um prazer estar sempre vendo ou revendo, tanto Edvaldo quanto a Lu, Cida, Holmes. Eu vou, bem, fazer minha audiodescrição: eu sou um homem branco, de cabelos brancos e poucos. Estou usando uma camisa de manga longa, cinza mais ou menos.

Olha só, eu vou trazer para vocês, no primeiro momento, algumas questões, que esse tema da medicalização, que é um tema em relação ao qual eu tenho uma aproximação, assim como a Cida, muito mais pelo campo da saúde mental da criança e da adolescente, mas acho que que são questões que acabam iluminando e são aplicadas e podem ser aplicadas e devem ser aplicadas a todo o campo da saúde mental.

Eu vou trazer umas primeiras questões que me parecem extremamente importantes nessa tentativa de articular o processo de desmedicalização com um conceito mais ampliado de saúde. E, depois, eu vou pensar em alguns caminhos e algumas propostas e algumas possibilidades no campo das políticas públicas, já que um dos compromissos desse seminário é exatamente construir uma agenda de política pública.

Olha só, eu acho que um primeiro passo, embora a tarefa que nossa tarefa não seja uma tarefa acadêmica, é a gente poder ter um consenso mínimo sobre o que a gente está falando quando a gente fala de medicalização e desmedicalização. Tenho certeza de que há muitas “medicalizações”, “patologizações”, “farmacologizações” na cabeça da gente. Algumas, acho que a maioria, desses conceitos e dessas noções são convergentes, outras podem se diferenciar um pouco umas das outras. Até porque a gente sabe - a Cida citou o Foucault -, que se a gente usar um conceito mais alargado do que é medicalização, esse processo de expansão do saber-poder biomédico, que nasce no campo biomédico e depois também vai abarcando, envolvendo outros campos, ele não é novo.

Foucault, nas conferências que ele fez aqui no Rio em 1974, lá no Instituto de Medicina Social, uma delas chamada “O Nascimento da Medicina Social”, ele já apontava exatamente isso, como é que, de fato, esse campo da medicina social vai se formando a partir do estabelecimento de políticas de estado, políticas de governo das

populações, e que vai se desdobrando até o século XX, quando ele fez a conferência, de tal maneira que já naquele momento ele falava de um processo de medicalização indefinida. Isso foi numa outra conferência, chamada “Crise da Medicina ou da Antimedicina”, onde ele falava que a ingerência médica, sobretudo o que dizia respeito ao “bios”, à vida, ao humano, ela estava se ampliando tanto, que basicamente não havia mais, ou em breve não haveria, um campo de exterioridade, dado o saber médico em relação ao bios, em relação ao humano, em relação ao corpo humano. De tal maneira que esse conceito, que esse processo estava intervindo, invadindo praticamente todos os campos do saber e do conhecimento da sociedade.

Então, eu sempre tenho a impressão de que quando a gente está falando de medicalização, a questão, principalmente falando de medicalização de um ponto de vista mais crítico, o que a gente está querendo avaliar é em quais áreas essa ingerência médica, psicológica, psiquiátrica, em quais áreas ela pode ser considerada legítima, em quais áreas ela pode ser considerada justificada e em quais áreas ela é ilegítima, em quais áreas ela não se justifica, em quais áreas ela, ao intervir, produz esse processo de redução do humano à vida nua biológica.

Então, acho que é disso que se trata quando a gente fala de medicalização. Porque tem processos, se a gente pegar um exemplo, que é o exemplo clássico e talvez seja um dos melhores, o surgimento dos anticoncepcionais. O surgimento dos anticoncepcionais, dependendo do ponto de vista, é um exemplo de um processo de ingerência biomédica, farmacológica, dentro de um processo de vida, de um ciclo de vida, da sexualidade humana, de certa maneira. Então, desse ponto de vista, é medicalização. Por outro ponto de vista, ele também possibilitou uma outra experiência de sexualidade humana que não era possível até então.

Então, eu acho que talvez seja essa a principal questão que eu quero transmitir nesse primeiro momento. Ou seja, não é possível mais, se a gente quer de fato fazer um “*aggiornamento*”, uma atualização, do debate sobre medicalização, a gente tomar a medicalização como um bloco único, como um fenômeno único, um fenômeno total. Ou seja, falar de medicalização é necessariamente contextualizá-la. Do que é que a gente está falando? Em que situação? E como é que a gente vai cruzar essa discussão sobre

medicalização com uma série de marcadores, como raça e etnia, como gênero, como idade, como classe social, como território. Eu acho que isso, de certa maneira, é fundamental para que a discussão sobre medicalização, de fato, avance. E a gente não repita, enfim, o que muitas vezes acaba acontecendo, uma ampliação tamanha da noção de medicalização, que faz com que ela passe a dizer respeito a quase tudo, e, dizendo respeito a quase tudo, passa a dizer respeito a quase nada. Então, eu acho, nesse sentido, fundamental que a gente possa estar se apropriando da noção de medicalização, patologização e dos temas relacionados a isso, dessa maneira.

Quando a gente pensa na presença, e eu acho que, nesse sentido, a iniciativa do LAPS e de todo o Desmedica é fundamental, porque os temas ligados à medicalização, essa discussão, entra na RAPS, ou no próprio campo da reforma psiquiátrica de uma maneira relativamente mais recente. Nesse sentido, eu acho que o campo da infância e adolescência é uma das principais portas de entrada.

Uma das coisas curiosas é: se vocês forem ver os relatórios das conferências nacionais de saúde mental, nas primeiras conferências, basicamente, essa discussão não aparece. Aparece, principalmente, quando se fala de excesso de medicamentos em hospitais psiquiátricos, por exemplo. Ou seja, esse tema, a inclusão desse tema na agenda da reforma psiquiátrica, da atenção psicossocial brasileira, ela é bastante recente. Nos relatórios das últimas duas conferências, esse tema já aparece. Ele começa a aparecer nos relatórios, iniciativas de gestão.

A Cida citou essa iniciativa de Campinas e de São Paulo, que depois deu origem a uma recomendação do próprio Ministério da Saúde em relação a práticas não-medicalizantes, também uma recomendação do Conselho Nacional de Saúde nessa mesma direção, uma resolução do Conselho Nacional dos Direitos da Criança Adolescente também,* alertando, indicando a necessidade de práticas não-medicalizantes. Então, depois dessa certa paralisia em que a gente ficou, em um momento muito reativo dentro do processo de contrarreforma - que foi basicamente o final do governo Dilma, governo Temer e governo Bolsonaro -, eu acho que a gente já pode, e esse seminário é um exemplo disso, assumir uma posição mais ativa nesse sentido, de propostas de políticas que avancem nessa discussão.

E é nesse sentido que eu queria agora, então, trazer algumas questões que eu acho que são as questões, além das várias ideias e várias possibilidades de intervenção que já apareceram, que têm esse foco, que têm a desmedicalização como alvo, como horizonte, como norte.

Uma das questões: quando a gente fala de medicalização, na cabeça de muita gente, vem principalmente a questão de psicofármacos, de medicamentos - a Cida apresentou aí -, porque isso de fato é um tópico. Isso não resume o que é medicalização, mas isso é um tópico importante dentro desse tema. Na verdade, é uma das maneiras pelas quais a medicalização incide concretamente na vida das pessoas. E eu acho que, nesse sentido, nós, da rede de atenção psicossocial, além de estarmos alertando e trabalhando a sociedade em relação aos riscos desse processo, a gente precisa também olhar para dentro dos próprios serviços de saúde mental e levar essa discussão para lá.

No caso dos CAPS infantis, que eu conheço um pouquinho mais, a gente tem algumas pesquisas mostrando como é que, dependendo da região, essa prática de prescrição, ela difere. Vou dar aqui dois exemplos. Uma pesquisa em um CAPSi de Fortaleza indicou que praticamente 90% das crianças e adolescentes em tratamento lá eram medicadas. Uma outra pesquisa, em um CAPSi no interior do Rio Grande do Sul, mostrou um número bastante diferente: que em torno de 50% das crianças eram medicadas.

A questão é que no CAPSi de Fortaleza, e aí entra um outro tema, que é o tema da polifarmácia, no CAPSi de Fortaleza a média de prescrição era de um pouco mais do que um psicofármaco por criança, então eles medicavam 90% das crianças, mas com uma média de um psicofármaco. No CAPSi do interior do Rio Grande do Sul, a prescrição atingia metade, 52% das crianças, mas a média era de 4 psicofármacos por criança.

Então, vocês veem como é que esse panorama difere radicalmente - mesmo em um mesmo equipamento, CAPS infantil -, em dois lugares diferentes. Tenho outros números aqui, eu não vou trazer isso, pode aparecer no debate depois. Então, acho um dos pontos fundamentais, olhando para dentro dos nossos serviços, é que a gente possa fazer um certo mapeamento, um certo “censo” do uso de psicofármacos nos equipamentos da rede de atenção psicossocial, inclusive em relação a esse tema da

polifarmácia, do uso de vários medicamentos ao mesmo tempo. Porque é uma prática que, embora muito usada, a gente tem ainda menos evidências. Às vezes, com medicamentos isolados, as evidências são parcas, e geralmente tem a ver com estudos de curto e médio prazo. Para a associação de quatro medicamentos, não tem isso. Daqueles quatro medicamentos específicos que o prescritor, o médico, está usando naquele caso específico, não tem pesquisa, provavelmente não tem nenhuma a respeito daquilo.

Então, acho que esse processo precisa ser feito para dentro dos nossos serviços e isso pode dar origem a um certo protocolo mínimo. Ter um protocolo às vezes enrijece muito, mas, pelo menos, algumas recomendações sobre o processo de prescrição, de acompanhamento e de retirada da medicação, que, como Cida mostrou, deve implicar a equipe como um todo e não só aos profissionais médicos. Um outro tema em relação a isso, tem a ver com a fala da Luciana, um dos pontos que ela apontou, que é em relação às experiências dos grupos de gestão autônoma da medicação.

Eu acho que a gente já tem algumas experiências no Brasil que são suficientes para que a gente possa ampliar esse tipo de dispositivo, esse tipo de arranjo, para, no limite, todos os equipamentos da rede de atenção psicossocial. Então, acho que é preciso, e acho que o Ministério da Saúde é fundamental nessa indução, que esse tipo de experiência compartilhada, ela seja incorporada, de fato, à prática dos nossos serviços. Em relação ao tema dos... Eu não estou controlando tanto o meu tempo aqui, mas acho que eu devo ter uns cinco minutos. Em relação ao tema... Confirmou aqui mesmo. Mas eu daqui a pouco vou terminar.

Em relação à questão dos diagnósticos - e é claro que isso vale para os psicofármacos também -, eu acho que a gente precisa de estratégias de educação permanente e crítica a respeito dos usos dos diagnósticos psiquiátricos para os trabalhadores da RAPS e para os intersetores. E acho que a gente pode aproveitar um momento que vai ser muito propício para isso no ano que vem. A previsão é de que a CID 11 entre em vigor no Brasil no próximo ano. Então, vai ser um momento onde os serviços vão ter que se adequar, trocar o F pelo 6, que é agora o número do código do capítulo sobre transtornos mentais.

De novo, esse tema, que já está muito forte nos serviços e na cabeça dos profissionais dos serviços, ele vai aparecer e acho que é um ótimo momento para a gente qualificar mais a discussão sobre os usos e os limites dos diagnósticos psiquiátricos nos serviços de saúde mental. Juntos com isso, eu acho que a gente pode e precisa valorizar um uso ao lado da classificação internacional de doença, da Classificação Internacional de Funcionalidade. A gente conhece muito pouco, a CIF está traduzida no Brasil, ela tem inclusive uma versão para crianças e adolescentes traduzida aqui no Brasil, para o português. Eu acho que o uso da CIF reforça a possibilidade de a gente usar a categoria de deficiência psicossocial do ponto de vista do manejo em torno de direitos e não necessariamente os diagnósticos psiquiátricos.

Eu acho que isso é uma das possibilidades que a gente tem pela frente nos próximos anos. Alguns pontos que têm a ver com políticas mais gerais. Três minutos, vou acabar, estão nos últimos pontos. No campo da infância e da adolescência, em 2019 foi aprovada uma lei que determina que as escolas do ciclo básico tenham psicólogos e assistentes sociais também. Eu lembro que, na época, essa discussão foi tensa, no mínimo. Porque uma das preocupações era que esses psicólogos se transformassem em diagnosticadores, encaminhadores, ou fizessem clínica psicológica nas escolas. Mas eu acho que, uma vez que essa lei foi aprovada e ela está sendo aos pouquinhos implantada, eu acho que essa articulação, entender esse psicólogo não como um adversário, mas como um possível aliado e um certo ponto focal para RAPS nessa discussão, vai ser fundamental se a gente quer, de fato, incidir nas escolas com essa discussão.

Duas, três coisas bem rápidas agora. Apareceu em algum momento, acho que na fala da Cida. Eu acho que a gente precisa ter uma atuação, uma postura mais ativa em relação às consultas públicas da CONITEC e às consultas e audiências públicas da ANVISA, em relação principalmente quando diz respeito à incorporação de tecnologias farmacológicas. Então, acho que a gente, às vezes, deixa passar ou age individualmente. Acho que a gente precisa reforçar esse ponto na pauta das frentes parlamentares, seja da saúde mental, que é mais próxima a nós, da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial.

E, um último ponto, voltando à discussão sobre a farmacologia. Eu acho que nessa discussão, que foi retomada a partir do início do governo Lula I, da construção de um complexo industrial da saúde, na construção, como diz o Reinaldo Guimarães, de uma soberania sanitária. De uma discussão com os laboratórios públicos, para que eles possam também se envolver na produção de medicamentos, de psicofármacos.

Acho que essa discussão da medicalização é fundamental porque ela, não foi só ela, mas ela incorporou uma série de reflexões que vêm do campo das ciências humanas e saúde, da discussão sobre o construcionismo social. Ela foi importante para desnaturalizar, como Cida mostrou, desnaturalizar, historicizar uma série de processos, de fenômenos e conceitos na área da saúde.

Entretanto, o nosso inimigo, o nosso adversário é exatamente o reducionismo biológico. É o biologismo, que é a ideologia que vem atrelada à divulgação, à disseminação desse conhecimento. Mas a biologia em si e a farmacologia em si não são nossas adversárias. E muitas vezes, eu lembro do Benilton Bezerra falando muito disso. Muitas vezes, nessa discussão, a gente, desprezando esse tema, acabou consentindo que esse tema ficasse pro campo adversário. “Ah, não, esses temas são temas dos grandes psiquiatras da ABP, que são aliados da indústria farmacêutica”. É verdade, isso não deixa de ser verdade, mas a gente também precisa retomar uma discussão sobre o “bios”, que faz parte do nosso campo, que não é exclusivo da discussão do reducionismo psiquiátrico e do reducionismo biológico.

Então, eu queria encerrar por aqui e continuar nossa conversa. Obrigado.

**EDVALDO NABUCO**

Muito obrigado, Rossano. Vou passar agora a palavra para o Dr. Holmes Martins. Por favor, Holmes.

**HOLMES MARTINS**

Bom dia. Meu nome é Holmes. Eu quero agradecer ao Paulo, à Ana Paula, à Leandra e à organização do LAPS. Na audiodescrição: eu estou falando do púlpito, eu tenho 1 metro e 69 de altura, estou de pé. Eu tenho ascendência indígena puri e palestina e minha aparência física reflete isso. Eu tenho 60 anos de idade e uso aparelhos nos dentes. A agenda nacional, construir essa agenda, né? Eu fiz aqui uma colagem dos cartazes dos anos anteriores, em 2017 começou. É uma longa trajetória. Eu fiz uma pequena síntese do que a gente discutiu, fiz uma seleção.

Entendemos que os neuroreceptores psicoativos, eles sofrem uma colonização depois dos psicotrópicos. E o tratamento de retirada segue desde uma curva hiperbólica, uma retirada gradual, até o que eu chamei num evento anterior da anomalia de Paris, quando a retirada total e imediata se impõe. Por exemplo, uma gestante nas semanas iniciais que usa um benzodiazepínico e altamente teratogênico. E aí, o que fazer? Esperar? Não, a gente tem que tomar uma decisão. E isso é possível de conseguir.

O outro é um tratamento baseado em diagnósticos, versus baseado no fármaco: Joanna Moncrieff, porque às vezes a gente quer o efeito do fármaco. Aqui, a gente não faz uma caça às bruxas aos psicofármacos. Eles têm a sua utilidade, se a gente sabe usar. O *hospitalocentrismo* versus “O Mundo em Mim”, que é o título da tese do amigo professor João Paulo Lima Barreto Tucano, prêmio de melhor tese da CAPES de 2022, que dá uma outra leitura de corpo. E a gente precisa dessa outra leitura de corpo para entender como quem está do nosso lado, no nosso ambiente, faz parte da gente. Com o Irving Kirsch, recompreendendo o efeito placebo, a “terapêutica da e nas relações”. Placebo não é um fingimento, ele foi capa da revista Time, se não me engano. Ele esteve aqui na Fiocruz. Técnicas terapêuticas prescritivas versus dialogismos, Jaakko Seikkula, da Finlândia.

A leitura crítica do marketing farmacológico e da literatura científica: Robert Whitaker. Identificando o carvão como causa do incêndio, a falácia da teoria do desequilíbrio bioquímico do sério, Moncrieff novamente. Efeito colateral versus efeito amplo, não é efeito colateral do psicofármaco, por exemplo, se tem alteração na motivação, uma apatia. Não, isso faz parte do efeito do psicotrópico. Daí a nomenclatura

proposta, que eu propus no seminário anterior: não “antidepressivos”, mas “ditos antidepressivos”. Alguém chamou de antidepressivo em algum momento.

Ganho secundários com diagnósticos. A Maria Aparecida mostrou isso, como que tem uma possibilidade de ter algo a mais, a pessoa vai atrás e se encaixa nesse diagnóstico. Não estou dizendo que é má fé, não estou dizendo que é manipulação. Ela acaba se encaixando. E muitas vezes, o diagnóstico de TEA virou uma questão identitária. Foi num evento de games, a pessoa subiu ao palco, era um jovem, falante, normal, e ele, de repente, falou que era [autista]. E aí, daqui a pouco, [a plateia:] “eu também sou, eu também sou”. Aí, eu vi que se tornou uma questão identitária. E aí, o que eu vou fazer? Vou tirar isso da pessoa? Não. É uma questão identitária. Se tirar, ela despenca. É o que ela achou no mundo para se sustentar. Por isso que a situação é mais delicada.

Efeito  adoecedor da violência: John Read. Por que há mais psicose em campos de refugiados do que no país de origem? E onde o campo está situado? Desmonte da neutralidade nas nomeações pela compreensão da intenção linguística. Isso tem a ver com o nosso trabalho. Eu estudei originalmente jornalismo, antes de medicina, não concluí jornalismo, mas a leitura crítica nos acompanha.

E, abrindo mão da ingenuidade: dos “antidepressivos”, entre aspas, aos “fármacos ditos antidepressivos", porque quando se chama de antidepressivo a venda aumenta. Psicotrópicos e iatrogenias, e chegamos ao que é necessário agora. Na chamada, na convocatória, está: “enfrentamento à medicalização da vida, fortalecendo processos formativos, fortalecendo na produção de conhecimento e com incidências nas políticas públicas”.

Isso aqui foi uma fala, na COPPE-UFRJ, no Comitê de Ciência e Tecnologia de Inovação, na chegada do governo Lula, e ali eu coloquei: um em cada três adultos tem algum grau de gordura no fígado, por efeito colateral de psicotrópicos. E um em cada três adultos tem o bacilo da tuberculose vivo no pulmão, “encistado”, mas está lá, vai morrer ali, mas se baixa a imunidade ele pode aparecer.

Então, hoje, o estado da arte da medicina está entre a negligência e a iatrogenia. A gente precisa conhecer para enfrentar. A tuberculose, na verdade, não é considerada uma

doença negligenciável, mas ela está em todos os relatórios de doenças negligenciadas. Tem uma lista grande. E a iatrogenia está lá: farmacoterapia, 60%. Mais outro artigo. Esse aqui é um artigo feito na farmacologia que eu trouxe. Escitalopram: sintomas extrapiramidais, mas ele aumenta. Minha formação original é pediatria, eu fiz cardiologia pediátrica no Instituto Nacional de Cardiologia. Ele aumenta o QT, ele dá arritmia [cardíaca].

Então, para prescrever Escitalopram, eu sempre pergunto: pediram um eletrocardiograma? Nunca se pede um eletro. Eu nunca vi pedirem um eletro para fazer esse Escitalopram. E aí, alguns efeitos colaterais, que não são efeitos colaterais. Se eu tenho, por exemplo, um aumento da prolactina que é um hormônio que, na natureza, a fêmea mamífera tem, e ela perde a atenção no mundo para nutrir aquele filhote. E, na natureza, o ser vivo mais abatido é uma fêmea com filhote. E se eu aumento a prolactina, e o remédio faz isso? Isso é feito colateral? É o efeito principal.

Bom, e aí, "a novidade veio dar na praia", música do ex-ministro Gilberto Gil com Herbert Vianna. Matéria do dia 16 de junho: "Iatrogenia ecológica associada ao consumo humano de psicotrópicos". A palavra-chave que eu vou usar é iatrogenia, e vou ampliar esse conceito para a gente entender o que está enfrentando. Encontrou antidepressivo, dito "antidepressivo", no cérebro de tubarão.

Eu compus, em 2021, se não me engano, com o professor Fernando Freitas, uma mesa que já falava disso, que já tinham sido identificados antidepressivos em cérebros de peixe. Só que, agora, está no último elo da cadeia alimentar, ou seja: olha o grau de contaminação da natureza causado pelos fármacos psicotrópicos.

Então, a todas aquelas iatrogenias já existentes se soma essa aqui: a persistência ambiental. E aí, há 15 dias, eu dei uma aula na ONG Defensores da Terra, num curso de formação que eles têm, e eu incluí esse conceito, conceito de ecotoxicidade na iatrogenia. Bom, se apareceu no cérebro do tubarão… está aqui: a origem é a prescrição, que também é a questão do cuidado. Eu não falo de receita, receita é para comida. A gente tem que saber diferenciar. É um prescricionário. Eu chamo de prescricionário, um dia cola. E como é que chega? Vou falar rapidamente da fluoxetina. 10% vão na urina. O

resto, ela é absorvida no intestino, passa pelo fígado e aí tem um metabólico nativo que é a norfluoxetina, e aí vai pela bile, intestino de novo e é eliminado.

Essa parceria, eu acho lindo essa parceria, intestino e fígado, ele chega ao fígado, inativa, devolve para o intestino, que entende que não vai absorver de novo e elimina. É uma forma da gente estar vivo, senão a gente já sofreria uma sobrecarga dessas próprias medicações. Mas isso vai para o oceano, 60% a 70% de toda medicação psicotrópica ingerida vai parar nos oceanos. No dia que eu preparei essa aula, há duas semanas atrás, eu tive uma consulta com um ecologista logo depois. Ele estava naquela curva hiperbólica: “tira, não tira, não sei o que, e vão aguentar mais um pouco”. Eu falei: olha só, vou te dar um dado novo. Eu passei esse dado para ele. “Não, vou parar agora”. Há duas semanas não teve efeito colateral nenhum.

E aí, uma proposta de agenda nacional para desmedicalização assistida: assistida porque nós estamos ali assistindo. Eu coloquei: “como uma gestão do risco iatrogênico e para uma ecologia do cuidado”. Então, é uma criação de uma agenda de políticas públicas para o enfrentamento das iatrogenias em humanos, demais seres vivos e no meio ambiente.

Então, eu peguei a convocatória, aqueles são os termos da convocatória, que estão ali à esquerda de quem está olhando, e eu estruturei em quatro eixos. Clínica, formação, linguagens e instituições. Então, o Paulo pediu para ser bem diretivo, assim, em propostas. Essas são as propostas. O Bruno Emerich está aqui. Então é isso, sabe? Quatro eixos: a clínica, que é o que a gente faz no dia a dia; a formação, que a gente tenta fazer; as linguagens, que é um cuidado, aquilo que eu já pincelei, o prescricionário, não o receituário, aí está dicionário decolonial da psiquiatria; e as instituições. Eu fiz dois pré-projetos de lei para apresentar. Aqui, só um resumo, para não me alongar. Podem ter os slides depois, se quiserem. Como que isso se articula?

Primeiro dos quatro eixos, a clínica: uma clínica ampliada e intercuidados. Intercuidados é como eu acabei denominando o trabalho clínico o que a gente faz. Durante a pandemia, atendemos em um ecossistema específico cinco jovens com quadro psicótico. E tivemos que atender por telemedicina, não tinha como. E com o Jaakko

Seikkula, me ensinou do imediatismo, do 24 horas estar na casa, que está no ecossistema da crise psicótica.

Com a telemedicina, embora parecesse que estivéssemos à distância… também foi uma mesa no começo da pandemia com Ernesto Venturini. Eu pesquisei o que era confinamento. E as 60 e tantas entradas que eu vi era: “confine”. É para matar. Você pega o gado, deixa lá, engorda, mata. Então, confinamento, eu falei: eu não vou ficar em confinamento na pandemia, não. E ninguém, assim, a gente não está em confinamento. E o outro termo foi assim, e aí, como é que a gente vai consultar? Online… São termos muito desgastados, então a gente tem que pegar um termo que não está desgastado. A minha proposta foi, vamos fazer consultas telepresenciais. É presencial porque minha presença está ali naquela consulta, mas é mediada pela “tele”.

Bom, esses cinco casos de psicose, a gente até publicou, nenhum deles cronificou. Teve casos que, se eu fosse usar os critérios nascidos com Karl Jaspers e nas classificações pela duração de seis meses e tal, poderia chamar isso de esquizofrenia. Não. Em um estudo sobre Strindberg, abrindo parênteses, com um grupo de direção teatral que pediram para eu fazer. Jaspers estudou Strindberg e fundamenta ele, usa como exemplo, ele e Van Gogh e tal. Na introdução do texto de Strindberg, ele fala seis vezes sobre a loucura de Strindberg e tal. Então, você já entra no texto, aí está a leitura crítica, opa, “o Strindberg é um louco”. Teve um outro livro que fala assim: bom, Strindberg teve uma psicose que durou três anos, ponto.

Ou seja, a questão é uma artificialidade de dizer que, se tem aquele sintoma durante tanto tempo, vai ter determinada doença. Isso é arbitrariedade. Quando eu converso isso com o pessoal das ciências sociais, eles dizem: “não acredito que é assim que fazem diagnóstico”. Aí eu passo a bibliografia para eles para não parecer que eu estou fazendo uma crítica. Porque eu falo: a medicina é minha casa. E se é a minha casa, eu não vou só entrar pela sala, eu vou limpar, eu vou repintar as paredes, eu vou cuidar do encanamento, eu vou aprender a cuidar do encanamento. Então, eu sou médico.

Aliás, é importante dizer, assim: não tenho conflitos de interesse. A gente tem que dizer, é obrigatório. Não tenho conflitos de interesse. Então, agora é minha casa. Eu tenho apreço por essa casa. Então, está na hora de cuidar.

Educação permanente: fora a educação que tem, é importantíssimo que a gente trabalhe com comunicação popular em saúde. Eu trouxe um dado, que foi publicado ontem, no JAMA, ontem. Fala sobre o uso mídia social, nos Estados Unidos, para acessar informações de saúde. A maior parte deles, a maior parte é para saúde mental. E você acha que é quanto menos informado? Não, quanto maior o grau de escolaridade, mais eles vão procurar na internet. Então, isso é preocupante.

Publicações: a gente tem um livro publicado, que está em uma segunda edição, "A Desmedicalização Assistida como Política de Saúde para Dependência por Benzodiazepínicos". Eu tenho poucos exemplares, se por acaso for possível sortear um, é esse aqui. E o dicionário que a gente está fazendo esse ano.

Bom, questão securitária: autismo supera câncer em custos de planos de saúde. Essa é uma informação importantíssima. Para falar de desmedicalização, a gente tem que falar de desdiagnosticação. Mais de 10% de todo o gasto com saúde suplementar vai para autismo, e crescendo. O dinheiro que nós, como coletividade, gastamos para as N terapias de autismo hoje, supera, na saúde suplementar, o que é gasto para todos os tratamentos de câncer combinados. Isso é em 2004, a coisa piorou.

Legislação e política: em abril saiu publicado o Estatuto da Defesa do Paciente, dos direitos do paciente, que eu gostei, teve colega que reclamou. Eu falei: "não, gente, isso tira a nossa lógica da lógica do direito do consumidor. Vamos ver por essa perspectiva". E aí, falo do consentimento informado.

Eu fiz uma proposta, assim, é o quarto ponto, que é a legislação: substância terapêutica humana com potencial ecotóxico, direito à informação sobre permanência ambiental dos medicamentos. Se pegaram o Al Capone no imposto de renda, a gente vai resolver isso fora também, a gente precisa disso. Então, é uma situação ecológica, é do meio ambiente.

E aqui: Estatuto dos Direitos dos Educadores e Educandos. São as duas propostas que eu fiz, porque os professores estão vindo arrasados. E é uma questão estrutural da escola. Eu me coloco à disposição, às vezes, da escola, mas a escola chega assim: "a gente não sabe o que vai fazer". Então, isso traz os pais de volta para a educação dos próprios filhos. E despatologizar esses diagnósticos. Agora, a pessoa tem um apego, às

vezes, financeiro, e não tem. Então, isso é uma questão complexa. Mas se a gente não enumera, não traz à tona, a gente não vai ter o que enfrentar. Não se enfrenta a medicalização sem enfrentar diagnóstico.

Isso aqui, eu trouxe como foto final um contato, assim, singular, que eu tive com um grupo de botos cor-de-rosa. Se vocês repararem, a arcada inferior desse boto, a arcada superior era menor, a arcada inferior faz uma dobra para cima, acho que ela era normal e compensou. E eu achei curioso o comportamento dos outros botos, porque ele levantava, via o peixe, mas não pegava. Ia cutucava esse boto e esse ia. Eu falei: “coisa estranha”. E depois eu fui ver as fotos, e vi essa alteração. Porque o boto, ele vai ao encontro - nesse caso “ao encontro” e “de encontro” são a mesma coisa -, ele vai ao encontro do peixe, nesse caso ele ia de encontro do peixe, ele batia no peixe, porque isso impede que ele pesque normalmente. E os outros beneficiaram esse. Essa pode ser uma impressão que eu tive, mas estava do meu lado, estava me tocando, e ele foi cuidado. Os outros não comiam, só ele que comia, né. Então, é, eu trouxe essa imagem por dois motivos: eu estou em água, comecei falando, e “a novidade veio dar na praia” aqui, eu estou na praia de rio. Chegou ao limite: estamos contaminando o ambiente com psicotrópicos. E pode ser daí que a gente consiga reverter. É isso, muito obrigado.

**EDVALDO NABUCO**

Obrigado, Holmes. Foi uma mesa muito interessante, com assuntos levantados com profundidade. E queria trazer que, sim, a importância do que a Luciana Surjus trouxe: a importância de estarmos juntos, a gente estar junto com as pessoas que precisam, que estão sendo atendidas pela RAPS, pela saúde mental, pelas políticas públicas.

E a gente tem que, nesse estar junto, construir práticas de baixo para cima. Então, a Luciana trouxe a questão do GAM, suporte entre pares, que são práticas que já existem, e que a gente tem que potencializar.

A Maria Aparecida Moysés, ela traz a sensibilidade de olhar o mundo com o olhar de uma criança. Isso para a gente ver que a gente tem um desafio de construir políticas

públicas contra hegemônicas. Quer dizer, a gente tem que preparar o futuro, não amanhã, mas preparar o futuro a partir de agora.

O Rossano traz a reflexão de que a gente precisa criar um consenso mínimo do que é medicalização e desmedicalização. Então, ele pergunta: quais áreas que a medicalização pode ser considerada legítima? E cita o exemplo dos anticoncepcionais. E a proposta, uma das propostas que ele trouxe é fazer um mapeamento do uso de psicofármacos na RAPS.

E o Holmes, ele traz o debate aqui sobre o estado da arte alertando que a contaminação, os efeitos nocivos da medicalização excessiva, estão chegando até ao cérebro dos tubarões.

Então, a gente teve uma mesa muito rica e agora eu vou abrir para as perguntas. Aí eu vou conversar com a organização, cinco perguntas. A gente poderia fazer cinco perguntas por conta do tempo.

De três a cinco perguntas. Se alguém quiser se manifestar e logo após a mesa, a gente vai servir um brunch que a organização do seminário preparou. Então alguém, quem quiser fazer pergunta, Alex?

**PARTICIPANTE ALEXANDER RAMALHO**

Bom dia, mesa. A primeira coisa é parabenizar pela excelente apresentação de todas e todos. O que é importante para a gente poder aprender com vocês o tempo todo. Eu queria fazer um comentário e, também, uma pergunta, mas muito no modelo que a gente está vivendo hoje. Vocês citaram, a Cida citou, Luciana também. A gente vive no modelo neoliberal, o modelo é o que rege a gente e o que, principalmente, impõe as práticas na RAPS hoje. Vou falar da RAPS Carioca, né? Eu vivo aqui, moro aqui, enfim, conheço aqui. A gente tem hoje uma perspectiva muito ruim do processo de trabalho e de cuidado na rede, baseado nessa lógica que eu vou chamar de neoliberalismo psicossocial, que impõe o tempo todo, né? É uma provocação. Que impõe o tempo todo com que a gente possa trabalhar a partir de metas e indicadores.

Então, as experiências que a Luciana traz e que a Cida traz, Holmes traz, o Rossano traz, são importantíssimas para a gente poder pensar. Mas, a questão que me bate muito é, assim: como a gente se contrapõe a isso no dia a dia, nesse processo?

Acho que a presença do Ministério aqui é para fortalecer inclusive isso, acho que é importante poder dizer que, assim, o Ministério está falando que é para contrapor, né? Pelo menos acho que é isso. Não é isso, Bruno? Então, a gente precisa conseguir contrapor isso nas cidades, né? E aí eu penso: como é que a gente pode radicalizar isso, sabe? A gente precisa radicalizar isso. Porque, como eu sou enfermeiro, nem me apresentei, sou Alexander Ramalho, sou enfermeiro. Como enfermeiro, essa questão da medicalização me toca o tempo todo, né? Porque quem faz isso é o enfermeiro, é a enfermagem: é o técnico, é o auxiliar, é o enfermeiro.

E aí eu gostaria de perguntar se vocês têm alguma pesquisa, alguma discussão sobre esse processo em relação, por exemplo, à contenção mecânica. Porque eu acho que precisa ser mais discutido, mais pensado a respeito dessa prática, o que é que acontece? A gente acaba medicalizando e contendo, ou contendo e medicalizando. Teoricamente, no momento da crise, o que você vai fazer é medicar e conter, ou conter e medicar, enfim.

Mas vocês apresentam uma série de possibilidades que são anteriores a essa, e eu acho que é esse ponto que a gente precisa avançar, então se puderem falar um pouco mais sobre essas práticas e experiências, que possam ser anteriores a esse processo de contenção e de medicalização. É isso, obrigado.

**EDVALDO NABUCO**

Obrigado, Alex. Tem mais uma pessoa.

**PARTICIPANTE DANIEL ELIA**

Tudo bem? Bom dia, eu sou Daniel Elia, trabalho no Programa Institucional de Políticas sobre Drogas, Direitos Humanos e Saúde Mental da Fiocruz, que é vinculado também ao LAPS. Queria parabenizar a mesa, enfim, a organização, muito bacana a discussão. Vou fazer um comentário. Queria saber a opinião de vocês em relação a isso, que é o seguinte: quando a gente fala de agenda - eu acho que essa proposta de fazer uma agenda é uma proposta muito interessante -, ela implica em uma certa dimensão de tempo, no sentido de que a gente precisa poder colocar certas prioridades, criar algum tipo de discussão sobre a possibilidade de constituir respostas e isso tudo numa certa direção política da desmedicalização.

E aí, nesse sentido, eu entendo que a gente vive um processo hoje de certa urgência por respostas, né? Uma certa, como é que eu vou dizer? Uma pressão por respostas, e essa pressão por respostas, ela tende à medicalização, porque a resposta mais rápida é essa de dar um remédio, alguma coisa nesse sentido. Então eu acho que, um pouco à parte, a questão das drogas e a questão da infância passaram por esse processo em algum momento e o efeito com o tempo foi sendo o de medicalização, muito embora haja um grupo de pessoas, nós aqui, fazendo esforço na direção contrária. Então, a primeira pergunta é sobre isso. Nesse ambiente de gerencialismo excessivo, o Alex fala disso, de pressão por respostas, a gente tende à medicalização.

E aí a gente tem feito, em alguns momentos, uma opção por defender que certas pautas são do campo da saúde. Por exemplo, a questão das drogas. A gente fala assim, droga é um problema de saúde. A gente fala isso com certa frequência, e isso é uma coisa importante. Mas, citando o Domiciano Siqueira… hoje, a gente teve a perda do Dentinho, uma perda terrível, e a gente, recentemente, há alguns anos atrás, a perda do Domiciano também, que foi um grande redutor de danos. Ele falava dos três estigmas, que a pessoa que usa drogas tem o estigma do criminoso, do pecador e do doente mental. São os três estigmas.

Então, quando a gente traz determinadas práticas para o campo da saúde, a gente tem o desafio paradoxal de não transformar esse processo em um processo de medicalização. E aí, eu queria trazer dois outros temas que eu acho importantes para essa discussão, que são a questão dos jogos e apostas, as bets, é um tema de muita mobilização

social hoje e a tendência - o Ministério da Saúde tem feito um esforço muito grande de produzir respostas em relação a isso -, mas a tendência no campo é um risco muito sério de medicalizar as pessoas, transformar isso num grande transtorno social mental e dar remédio para todo mundo.

E um outro tema que eu acho que é importante de também estar nessa agenda é a questão da maconha, da cannabis medicinal, enfim. Como poder incorporar isso como medicamento sem, no entanto, transformá-la num medicamento tipicamente utilizado, como os outros todos nessa lógica medicalizante? São dois temas que tem muita repercussão social, eu acho, hoje em dia, e que, se a gente não incluir, talvez, na agenda de uma maneira rigorosa, a nossa posição em relação a isso, a gente corre o risco de acabar tendo um efeito negativo da incorporação desses temas aí no campo da saúde e da saúde mental.

**EDVALDO NABUCO**

Obrigado, Daniel. Mais alguém?

**PARTICIPANTE JOANA BONNET**

Bom dia, gente. Meu nome é Joana, estou mestranda na Fiocruz. Queria agradecer à mesa. Aprendi muito e fiz várias anotações. Queria muito ouvir a mesa falar um pouquinho sobre um público bem específico, que são os adolescentes. Na nossa prática, tem um vazio assistencial a esse público, né? E todos os desafios da escola, evasão escolar, enfim, é uma época de muitas mudanças, e queria muito ouvir a mesa falar um pouquinho sobre isso, as relações com a proposta da mesa hoje. Enfim, obrigada.

**EDVALDO NABUCO**

Obrigado. Teve uma pergunta do YouTube, eu vou ler essa pergunta aqui para a mesa depois responder. É de Mercês Navarro: ela pergunta quais são as formas que os CAPS podem utilizar para apoiar as estratégias de resistência e de sobrevivência nos territórios que vivem em situação de vulnerabilidade social e ambiental.

**PARTICIPANTE RODRIGO**

Bom dia a todos e a todos. Meu nome é Rodrigo. Eu também faço parte da equipe do Departamento de Saúde Mental e Álcool e Outras Drogas no Ministério da Saúde. Sou um homem de pele clara, no nosso país considerado pessoa branca, mas a ascendência é bastante diversa. Em primeiro lugar, eu gostaria de saudar e parabenizar a mesa, obrigado pela colaboração. Acho que tem um aspecto importante trazido, e que nos interessa do ponto de vista da promoção dessa atividade, que é essa integração entre o Poder Executivo, a Universidade, movimentos sociais e sociedade civil organizada. Em relação ao mapeamento do uso de psicotrópicos na RAPS, isso muito nos interessa, do ponto de vista da gente pensar ações, inclusive, com esse projeto que temos desenvolvido em parceria com o LAPS, para pensar em uma perspectiva a nível nacional.

Tem um aspecto importante da gente pensar ações que viabilizem espaços como esse, dialogando com as falas da mesa, parabenizando, inclusive, os companheiros e companheiras. Fiquei muito feliz de ver a Cida, inclusive porque, na época que você mencionou a elaboração das normativas e do protocolo, Cida, eu era profissional da RAPS de Campinas, inclusive estive em uma das reuniões em que o Fernando Chacra foi anunciar as normativas. E aí, tem um aspecto importante em relação a isso, que acho que essa combinação que vocês trazem em relação a aspectos…

Quando a gente vai combinar a ecologia com movimentos que vão recuperar a ancestralidade, mas avançam também em pautas sociais, que a gente tem que fazer em conjunto com movimentos sociais, como o antiproibicionismo, aspectos que colocam o movimento social - o Despatologiza, inclusive, é um exemplo de longa data. O Edvaldo está aí, do CONALIVRE, trazendo aspectos relacionados à comunicação e também estratégias que a gente pensa, tanto do ponto de vista da promoção e da produção de

conhecimento, mas também de políticas públicas. Porque tem um aspecto que a gente tem se dedicado e encontrado, trazendo uma discussão que é uma agenda nesse sentido, para combater o processo de medicalização e patologização da vida, que é: como é que a gente produz referências e alternativas que não sejam só exclusivamente produzidas nas sedes, por exemplo, dos serviços de saúde mental? Quando a gente pensa na perspectiva do território, a gente vai pensar em ações integradas. Quando a gente entra numa escola do interior de São Paulo e a gente identifica que ela se assemelha mais ao sistema prisional do que a um lugar de produção de conhecimento e educação para a vida, a gente percebe que tem um modelo social que, dentro da perspectiva da saúde, a gente endossa. Quando a gente olha, por exemplo, há projetos como o “Cultura é Mais Saúde", a gente tem a representação do Ministério da Cultura, inclusive.

Então, essa é uma parte de pedir a vocês mais esse quinhão de contribuição: como é que tem sido a operacionalização na prática? Quais são os desafios que têm sido para pensar a implementação de políticas públicas no território a partir dessa perspectiva que vocês nos apresentaram? Porque, lá do Ministério, a gente sabe o quanto tem sido desafiador, digamos assim, no dia a dia, mas tem um aspecto dessas novas possibilidades, e como é que a gente tem conseguido avançar. Muito obrigado.

**EDVALDO NABUCO**

Obrigado, Eduardo.

**PAULO AMARANTE**

Só vou passar uma questão aqui do YouTube. Eu estou aqui no celular o tempo todo, mas eu estou acompanhando o YouTube. Realmente, há muitas dezenas de pessoas assistindo, permanentemente. Muita gente assistindo, comentando, elogiando, etc. Falaram muito do Dentinho, também, que muita gente conhece, a Eroy, muita gente sentindo, sabendo do Dentinho. Algumas questões, só. Uma: se as práticas integrativas podem ser importantes no processo de desmedicalização. A outra, específica para o

Rossano: sobre se a negação da bio sem cair na redução da biopolítica, como fazer isso? Discutir a questão da bio sem cair na redução? A negação da bio na redução da biopolítica.

E uma última questão, alguém pergunta assim: “temos um desafio informativo, abordar e intervir sobre a dor e o sofrimento, e não sobre a expressão da dor, onde o sintoma é aliviante e salvífico, do ponto de vista da existência mesma”. Só para lembrar aqui que tem muita gente assistindo e contando com a participação deles.

**EDVALDO NABUCO**

Obrigado, Paulo.

**LUISA TAPAJÓS**

Bom dia. Eu me chamo Luísa Tapajós e vim aqui enquanto movimento social. Eu faço parte do movimento LGBT do Rio de Janeiro, de uma revista chamada Brejeiras, que é uma revista lésbica. E vim convidada pela Lidi, que está na comunicação do evento. E, há dois meses atrás, nós fizemos um seminário para pensar a questão da política de drogas e política LGBT, e como é que a população LGBT acessa essa política.

Fiquei pensando que uma das grandes preocupações que a gente tem hoje é com o avanço do financiamento público das comunidades terapêuticas, porque muitas vezes isso quer dizer o financiamento público de “cura gay”, que atravessa nossos corpos. E fiquei pensando que uma das questões que a gente justamente critica nas comunidades terapêuticas passa por uma negligência das medicações, por quase não haver uma equipe médica. Então, fiquei pensando como é que a gente pode pensar essa questão da desmedicalização da vida tendo em vista que, hoje, é muito importante o discurso sobre a redução de danos, o enfrentamento à questão das drogas a partir de uma política de cuidado entre pares. Mas esse cuidado entre pares é sinalizado e sustentado por instituições cristãs, e aí fico pensando nos nossos corpos, né? Eu sou psicóloga clínica

também, e ontem mesmo atendi um paciente que dizia assim: “Luisa, a primeira vez que eu fui a um psiquiatra na vida eu era criança, e a queixa que a minha mãe levava é: ‘ele chora muito’”, ele disse. A queixa é que ele era uma criança “viada”, né? E isso é algo que a gente conhece, né? Muitas das pessoas da nossa população acabam sendo internadas, acabam sendo medicalizadas porque os nossos comportamentos não entram nessa normatividade, nessa cis-heteronormatividade.

Então, eu fiquei pensando nesse desafio de pensar uma desmedicalização, mas que também se possa enfrentar isso sem correr o risco de cair na ideia de que as comunidades terapêuticas seriam um espaço para isso, porque efetivamente elas têm sido importantes e robustas no financiamento público. Obrigada.

**EDVALDO NABUCO**

Obrigado. Vou voltar para a mesa responder. E aí vou fazer a ordem inversa: vou começar pelo Holmes e termino com a professora Maria Aparecida, pode ser? Fazer um apanhado de três a cinco minutos, por favor.

**HOLMES MARTINS**

Bom, eu não tomei nota, então eu vou ver assim de memória, por favor, alguém, complete. Sobre contenção: há situações em que vai precisar conter. Agora, dificilmente, na minha trajetória, eu vi contenções bem feitas, as contenções bem feitas que eu vi não contaram com doze bombeiros em volta, segurando, até para não provocar dano, são várias pessoas. Mas eu já vi uma pessoa. Às vezes, uma pessoa é necessária para conter, com um olhar, com uma fala acolhedora e um pouquinho de técnica ajuda isso. E algumas artes marciais, por exemplo, o Aikido. O Aikido não é algo de combate, ele tem toda uma filosofia que está ligada ao movimento. Então é um movimento assim que não estaria para quebrar, está para conter. Às vezes precisa conter, né? Uma pessoa muito desorganizada, né? Enfim, não vou citar exemplos.

Mas quem convive, quem já esteve em emergência psiquiátrica vai entender as situações que acontecem. Agora, uma parte das vezes que é para conter não é para conter. Tem isso também. Eu lembro uma vez que chegou uma pessoa, e foram 12 segurando. E aí, a tenente do bombeiro falou assim: “doutor, tem um problema na ambulância”. Eu respondi: “pois não?”. E aí, quando ela me levou, tinha um cachorro. Às vezes a gente faz humor sério, e o humor sério ele fica muito mais humor, né? Aí, eu falei assim: “tenente, eu não vejo o seu problema aqui, eu vejo o meu problema. A senhora poderia, por favor, me passar o meu problema?”. E aí ela me deu o cachorro, era o cachorro da pessoa em situação de rua, que tinha sido internado, um homem fortíssimo. Quando ele viu o cachorro, atenuou. Não precisava de contenção. E ele foi embora andando pela porta da frente no outro dia, ainda durante o meu plantão. Então, é entender a situação, é entender a narrativa que está ali.

Eu falo do Aikido, porque o Aikido não reage quando pega. Pelo contrário, deixa o movimento seguir. Então, deixa o movimento, dessa maneira metafórica, seguir. Muita pouca situação vai ser necessária uma contenção. Vai ser necessária. Eu estou falando de uma população do Rio de Janeiro, uma emergência de referência e tal. Essa é uma coisa.

A outra coisa que eu ouvi, eu vou falar sobre uma maconha medicinal. Eu vou falar uma frase do professor Dagoberto Tucano, na defesa da tese dele de doutorado “Epadru”, foi a primeira tese no Brasil totalmente escrita e falada em idioma não-português. Foi falado em Tucano, no Bahserikowi'i, no Centro de Medicina Indígena da Amazônia. Infelizmente, o professor Dagoberto faleceu, e ele disse uma coisa assim: “o homem branco transforma em vício e tudo o que é sagrado para a gente”. É entender tudo que está envolvido em qualquer substância que é utilizada de forma sagrada em alguma outra cultura. Isso, para mim, é fundamental.

E para não ficar trocando seis por meia dúzia, porque tirar um psicotrópico e colocar um outro… Eu falo: há outras alternativas, que não seja trocar uma coisa pela outra, né? Tem a sua aplicabilidade clínica, a primeira vez que eu fiz um laudo, na verdade, eu estava como perito na justiça federal. Chegou uma criança com síndrome de West: convulsão atrás de convulsão. A mãe era forte, e não fazia exercício. Era de conter

essa criança, olha que drama. E essa criança só melhorou com canabidiol, só melhorou com o canabidiol, zerou a convulsão.

Então, há efeitos impressionantes na clínica. Isso tem que ser respeitado. Mais uma vez: o projeto terapêutico singular. Não é quem está na função de tratamento, não tem que atender demanda. Lembrem-se, não estamos no direito do consumidor. No direito do consumidor, eu quero uma garrafa d'água, eu vou ter uma garrafa d'água. “Ó, mas veio sem gás”. Ele vai trocar, porque eu quero uma garrafa d'água com gás. Demanda é igual a necessidade. Isso, no direito do consumidor. Na clínica, demanda, às vezes, é o contrário de necessidade. “Eu quero quatro caixas de diazepam”. A primeira vez que eu fiz isso, foi em 2008. A pessoa pediu, uma quantidade absurda. E era irmã do prefeito, saiu praguejando, a irmã do prefeito. Eu falei assim: “ferrou”. Bom, o prefeito chegou e falou: “quem é o médico aqui?”. Ele é prefeito? Não, e eu não sou médico. Aí ela voltou, e eu fiz um contrato pra ela, fiz um contrato, foi a primeira vez. Pactuou um contrato, e ela ia sempre lá e retirava a dose. No final da primeira semana, ela chora pela primeira vez. Então, é isso: demanda não é igual a necessidade. Porque a pessoa diz: “eu quero usar essa, aquela substância” e tal. Não é isso. Tem que abrir mão da demanda e entregar, entregar-se ao cuidado, ao inter-cuidado. É isso.

**ROSSANO CABRAL**

Bem, também não vou ter a pretensão e nem o tempo de responder todas as questões de todo mundo. Eu vou falar de três ou quatro pontos. Uma questão que o Daniel Elia colocou. Bem, primeiro: essa questão de pressão por resposta, né? E resposta rápida, isso hoje atinge todo mundo, né? Seja no campo público, seja no campo privado.

E eu acho que, de fato, quanto mais solitário está o trabalhador, principalmente se o trabalhador tiver o poder de ser prescritor ao mesmo tempo, maior vai ser a resposta medicamentosa, às vezes como única opção. Então, a importância, principalmente na RAPS, da equipe assumir essa questão.

A Joana perguntou sobre os adolescentes, sobre um certo vazio existencial. De fato, acho que a pandemia radicalizou isso, o sofrimento dos adolescentes que tem

aparecido em casa, tem aparecido na escola. E eu acho que é por essa falta de cuidado, por eles estarem sendo deixados por conta própria, que muitos deles têm encontrado, exatamente nessa identificação diagnóstica - que o Holmes estava falando -, uma certa resposta para essas questões. Então, é isso: “eu sou TEA, eu sou TDAH”. Isso é uma questão que a gente precisa enfrentar.

Uma das questões que foi mais dirigida a mim e que veio de quem está assistindo pelo YouTube é essa questão de resgatar um certo valor do “bios”, e não entregar essa noção para o campo adversário. Talvez a principal referência dessa noção de “bios” é o trabalho que, sei que vários de vocês aqui conhecem, do Humberto Maturana e do Francisco Varela, em torno da noção de Autopoiese: a noção de uma cognição que é sempre corporificada. Ou seja, questionando essas divisões rígidas que foram sendo construídas com o decorrer do tempo, onde natureza e cultura quase que se apresentam como polos opostos.

A natureza como o reino da necessidade e da determinação, a cultura como o reino da liberdade, mostrando que há outras possibilidades de enxergar a natureza que não só essa. Todas as concepções que a gente acaba chamando concepções ecológicas do humano, levam em conta essa concepção e desconfiam, no mínimo, dessa separação entre natureza e cultura. Mas eu vou me limitar a isso.

**LUCIANA SURJUS**

Eu vou pegar um pouco do tempo do Rossano, eu e a Cida. São muitas questões, acho que marca a importância desses espaços de debate. Eu vou pegar um ponto que é da produtividade, da lógica de produtividade nos serviços, que é a resultante dos processos de terceirização, de privatização dos serviços. Eu me lembro quando eu estava no Ministério da Saúde, a gente ia para os territórios em Campinas e o povo ficava brabo da vida comigo, porque eu falava: “vocês são tudo terceirizados”. Eles diziam: “Não, nós não somos terceirizados”. Eu falei: “gente, cai na real. Tudo terceirizado”.

Quem vai cobrar e quem vai fiscalizar é o TCU, que é uma empresa contratada para a execução de política pública, e vai fiscalizar o TCU. O TCU quer o que está

pactuado, que é número de procedimento. Então, se a gente tem uma rede inteira privatizada e terceirizada, ela vai ser fiscalizada na lógica da prestação de serviço, na lógica do TCU, de procedimento. Então, a gente vai ter que olhar para isso, a gente vai ter que fazer alguma coisa com isso, seja na proposta ou na determinação de diretrizes mais claras que fomentem práticas desmedicalizantes, que apontem indicadores, que não sejam indicadores de produtividade, para que haja essas saídas desse cenário que a gente tem de precarização e de terceirização.

Senão, a gente vai ter diretrizes políticas apontando para um lado e a prática apontando para o outro porque são fiscalizadas na lógica do procedimento e do pagamento por produção, por produtividade. Acho que essa questão dos indicadores aponta também, por exemplo, para a questão da contenção física, e vou falar também da contenção química. O uso de contenção é um indicador que você coloca no serviço.

A gente começou a trabalhar junto, eu e o Bruno. O Bruno chegou no CAPS no dia em que teve uma contenção no CAPS que eu coordenava, e aí foi o caos. Aí, o Bruno falou assim: “mas tem contenção no CAPS?”. Eu falei: “tem horas que tem”. Tem horas que tem, se o CAPS estiver atendendo caso grave. Se tiver aqui com a gente a sustentação de casos graves. E foi uma cena, assim, que eu vou contar muito rapidamente a vocês.

Uma pessoa com transtorno bipolar, numa crise grave que anunciava que ia para casa para matar o pai e a mãe, resolver aquilo tudo que estava acontecendo. E disse que não ia ficar, e a gente negociando: “não, fica com a gente, a relação não está boa, vamos ficar”. Ele dizia: “Não vou ficar, não vou ficar”, e começa a quebrar o CAPS. Aquela mulherada do CAPS, um homem daquele tamanho, é sempre essa cena. O cara é muito grande, muito agressivo, muito violento. O que nós vamos fazer? Então, vamos negociar: tentando, tentando, e nada. “Chama a Guarda Municipal”, chamou a Guarda Municipal. Chegou a Guarda Municipal, mais apavorada do que tudo. A hora que viram aquele cara daquele tamanho esbravejando, a equipe morrendo de medo, o cara da guarda municipal pega um spray de pimenta e taca na cara de todo mundo. De nós, dele, do paciente, todo mundo. E aí foi aquele tranco, todo mundo assim, e aí pegamos o paciente, fizemos a contenção. Foi uma coisa, assim: parecia uma cena de filme de comédia, assim, ridícula. Terminou com todo mundo machucado, com o olho daquele jeito, o paciente contido,

todo mundo chorando, e ele falava assim: “que merda é essa?”. E a gente dizia: “que merda é essa que aconteceu?”. O guarda falava assim: “não conta pra minha chefia”. E a gente falava assim: “não, o que nós vamos fazer?”.

E terminou com a gente conversando um pouco disso. Do que tinha sido aquilo para todo mundo, e o quanto tinha sido importante que tivesse acontecido tudo aquilo num CAPS, e não em um hospital, onde seria natural acontecer algo muito hierarquizado. E esse paciente diz para nós o que ele queria, afinal. Ele falava assim: “por que vocês estavam assim?”. “Porque nós estávamos com medo de você”. “Mas eu só queria ir para casa, ganhar uma lambida do cachorro e pegar a minha roupa”. “E nós estávamos com medo de você matar seu pai e sua mãe”. E aí, como é que a gente negocia isso? Então, como é que isso está acontecendo? A prática nos coloca numa relação muito menos hierárquica e muito explícita das nossas impossibilidades, das nossas soluções que não resolvem e que podem violentar o outro, enfim.

E aí, vou pegar só a questão que a colega traz da comunidade, das comunidades terapêuticas e vou finalizar rapidamente. As comunidades terapêuticas, elas vêm como uma resposta da sociedade civil na ausência da resposta pública de saúde, que demora a chegar. E acho que o nosso discurso não pode ser sobre a ausência de um profissional médico, da medicação. A nossa resposta é: [criticar as comunidades terapêuticas] na presença da violência, na exploração do trabalho, na “cura gay”, no princípio de isolamento, na reatualização das práticas dos serviços asilares, esse é o caminho. E a articulação com a comunidade pode partir de todas as experiências que a gente já tem. A gente falou aqui dos pontos de cultura, por exemplo. A Bahia está fazendo os pontos de cuidado. Como é que a gente fomenta práticas territoriais de baixo para cima, que se sustentem numa lógica - aí, sim, de suporte e de ação entre pares -, e não numa lógica de exploração do sofrimento do outro para ganhar dinheiro e para imprimir a sua religiosidade, a sua crença e violar os direitos das pessoas? Acho que vou parar por aqui.

**MARIA APARECIDA MOYSÉS**

Então, eu vou engatar de onde a Lu terminou. Primeiro, concordo, a gente precisa dar o nome certo: é “não-comunidade anti-terapêutica”. E eu não quero melhorar as comunidades terapêuticas, eu quero acabar. Não é botando médico, psicólogo lá que vai resolver. Então, é acabar com as comunidades terapêuticas, mesmo que não… quer dizer, elas serem financiadas pelo dinheiro público é um absurdo, é a própria privatização. Até porque, vamos lembrar o seguinte: você falou de cura gay, mas, se eu não estou enganada, parece que é no campo religioso que tem a maior parte de denúncias, ou de não-denúncias, de pedofilia e estupro, e é toda uma questão de poder. Quer dizer, o que é o normal ou o anormal? Mas, enfim, quero acabar com as comunidades terapêuticas, não quero melhorar nada. É “não-comunidade anti-terapêutica”.

Também vou passar rapidamente, já que eu comecei provocando, vamos lá: práticas integrativas. Não necessariamente elas são instrumentos de despatologização. Se eu atender uma pessoa e fizer um diagnóstico de TOD, e, em vez de dar qualquer coisa, eu vou te dar este floral para tratar o seu Transtorno Opositor-Desafiante - que nós temos. Nós somos tão TOD que a gente tem Nescau, tá? Mas, se eu te der floral para tratar o TOD, eu estou patologizando.

Então, como o Rossano falou, usar a substância psicoativa é um passo a mais no processo de patologização. Mas a patologização começa antes: eu não preciso dar nada. Basta eu dizer que você tem um problema. Basta eu dizer que algo que é coletivo, o problema é seu. “Que azar, o Joãozinho tem problema e não aprende, mesmo que 90% da sala dele não aprenda”. Ou seja, não é problema do Joãozinho, é coletivo. Quando eu individualizo e transformo tudo o que é social em biológico, eu estou patologizando. Dê-se ou não uma substância psicoativa ou um floral, não importa. Então, não estou desmerecendo a prática integrativa. Mas vai depender do ideário e da concepção de mundo, de sujeito e de ciência que a pessoa que está fazendo. Pode ser tão patologizante quando.

Alguém falou em adolescente? Tem que ter outra mesa só para falar disso. Mas eu só queria dizer o seguinte: qual adolescente? Porque não existe o adolescente ou a

adolescência. O adolescente ou a adolescente que mora onde? Com que família? Com que condição concreta de vida? Porque não existe adolescência, assim como não existe infância. Existem Infâncias e adolescências. Aquelas que, por exemplo, na pandemia, com todo o sofrimento da pandemia, mas tinham, por exemplo, uma internet funcionando, e aquelas que, mesmo na pandemia, tinham que ir para a rua tentar vender bala, porque senão não tinham o que comer. Então, acho que é uma questão importante para discutir, e proponho que seja uma outra mesa. Tô fugindo.

**LUCIANA SURJUS**

Não vou resistir e vou falar: com os adolescentes, muito, muito, cuidado. Porque os adolescentes não estão na escola, essa adolescência contra-hegemônica não tá na escola, não tá na saúde, não tá nos CAPS, tá no socioeducativo. E é lá que nós precisamos chegar.

**MARIA APARECIDA MOYSÉS**

Eu acho que um problema - quando a gente fala da questão do sofrimento, que alguém falou -, eu acho que um dos problemas sérios que a gente tem no campo de crianças e adolescentes - e mais ainda crianças, mas também de adolescentes -, é um ponto de virada que a Claudia Mascarenhas, uma psicanalista muito querida aponta. Que é: a gente parou de falar em desenvolvimento e começou a falar em comportamento. E aí, o comportamento virou sintoma e virou sinônimo de transtorno.

A quantidade de crianças e adolescentes que sofrem violências e, por isso, têm modos de reagir à violência, e não se identifica, porque só se olha o comportamento e não se vê ao que é que ela está resistindo e o que é que aquilo lá está expressando. Mas se vê que ela está, por exemplo, sendo agressiva, ou ela não aprende na escola, aí ela recebe um diagnóstico de transtorno mental. E, não é medicada, gente, é sedada para continuar sendo violentamente estuprada pelos familiares todas as noites. É enorme esse número, porque a gente parou de avaliar a criança, de avaliar o desenvolvimento. E,

principalmente, a gente parou de olhar e ouvir as pessoas. Eu acho que a gente precisa voltar a ouvir, a escutar e olhar as crianças, e ver o que elas estão dizendo.

Quer dizer, este comportamento fora do padrão, o que está me dizendo? Está resistindo a quê? Está sofrendo por quê? É isso que a gente tem que saber.

Estou acabando, Edvaldo. A questão foi perguntada para o Rossano, mas eu vou falar também. Gente, desculpe, o biopoder não fala de biologia. Porque a biologia fala de vida, é o estudo da vida. O biopoder fala de corpos mortos. Aquela coisa, o reducionismo biológico hegemônico, na verdade, está falando de corpos mortos, de cérebros mortos, de ressonância de um cérebro morto. A biologia é o estudo da vida, e a vida… Nada mais imprevisível e irregular do que a vida, que somos nós.

Então, gente, a biologia é nossa. A bandeira verde-amarela é nossa, e a biologia é nossa. E está na hora de nos reapropriarmos e dizermos para eles: “não, vocês não falam de biologia, vocês falam de corpos mortos”. E, por fim, a questão do enfrentamento. Tem vários níveis de enfrentamento. Tem o individual, que é quando você está atendendo com uma pessoa ou uma família. E, nesse espaço… Primeiro que quem procura o Rossano já sabe o que o Rossano pensa, não vai qualquer um lá. Nem a Lu e nem eu. Mas, enfim, dentro de uma sala de atendimento, dentro do seu consultório, você pode atuar individualmente, você como ser humano, como sujeito com o outro sujeito. E aí você tem um papel importante na despatologização. Atinge todos? Não, mas atinge uma boa parte.

Agora, tem um plano coletivo. E aí é coletivo mesmo. Aqui, isto é um exemplo. E é atuar nas instituições na CONITEC, que o Rossano lembrou, ir no Ministério da Saúde pressionar, “tire esse M-CHAT dessa caderneta, por favor”. Eu quero o pediatra avaliando o desenvolvimento.

Veja, a gente consegue coisas. Por exemplo, o Ricardo Lugon mandou ontem para mim um dado de que - não lembro qual é o nome do conselho de gestor, da junta gestora -, aprovaram que, para o BPC para autismo, não basta o diagnóstico. O diagnóstico médico não vale nada, é preciso uma avaliação biopsicossocial para receber o BPC. Que é a questão que foi falada: tem, sim, o identitarismo, que é o que dá o exoesqueleto pra muita gente. Mas, quer dizer, aqueles 90% para medicina e 10% para engenharia, não é bem o identitarismo, assim como o BPC para autismo.

Então, acho que a gente tem que enfrentar também isso, com todo o cuidado: respeitando o exoesqueleto do identitarismo, que é algo válido e importante, mas ele não pode ultrapassar outras identidades. Ele não pode se sobrepor aos direitos dos outros, porque isso é uma destruição de direitos. Quando alguém usa o autismo - alguém que não tem necessidade - para conseguir o BPC… Desculpe, gente, isso é uma destruição de direitos. A gente luta tanto para construir o BPC, e aí vem isso. Você luta tanto para um vestibular, e aí vem esse dado que eu apresentei da Unicamp. Isso não é quem passou não, viu, gente? Quem passou, depois passou por uma perícia, é um número muito menor. 90% para a medicina. O coordenador do COMVEST falou: “Cida, continua 90% para a medicina, o resto é engenharia. Ninguém para a pedagogia, ninguém para a educação física”. O que está acontecendo?

Mas eu acho que é isso, a gente já avançou muito, muito. Não é à toa que a gente é denunciado, é difamado. O Conselho Regional de Medicina vive acatando denúncias contra a gente. Eu já fui denunciada até por uma conselheira tutelar, porque eu não mandei uma criança para o neurologista. Fomos lá, as duas, conversar com o juiz da infância. Mas, enfim, eu acho que a gente está avançando, sim, e está fazendo barulho.

Ainda somos contra hegemônicos, mas tem um espaço, sim, para a gente avançar e nos tornarmos hegemônicos, porque a biologia é nossa, o verde e o amarelo é nosso. E tem uma eleição daqui a poucos meses, e a gente precisa ganhar. Não só a presidência, mas também o parlamento.

## MESA

*Escolas, instituições e territórios desmedicalizados: é possível?*

**LUCAS GONÇALVES**

Bom, boa tarde. Vamos dar início à segunda parte do seminário Desmedica. Vamos compor daqui a pouco a segunda mesa do evento. Mas antes, eu gostaria de convidar a Betânia, que é trabalhadora da RAPS Carmo [município do Rio de Janeiro], e ela vai apresentar para a gente algumas informações sobre a questão do GAC, da Gestão Autônoma do Cuidado.

Paulo está me cobrando a minha apresentação, perdão. Eu me chamo Lucas Gonçalves, sou psicólogo, atualmente sou coordenador e docente do curso de graduação em psicologia, e sou membro também do grupo de estudos e pesquisas em geografia da infância, vinculado à Universidade Federal de Fluminense e à Universidade Federal de Juiz de Fora, e ao grupo Desmedicalização da Vida, que será representado aqui na mesa pela professora Claudia Gomes.

Vou fazer minha audiodescrição. Eu sou um homem pardo, os poucos cabelos que me restam são escuros. Estou vestido aqui com uma camisa social azul ao fundo e um casaco preto.

**BETÂNIA**

Boa tarde. Meu nome é Betânia, eu sou assistente social de formação e eu componho atualmente equipe multiprofissional da RAPS Carmo. Eu sou mulher, branca, de estatura mediana, estou com um casaco claro, com um blazer claro, com uma blusinha de poá pink.

O Eduardo Caron me convidou para estar aqui nesse espaço passando alguns informes. Carmo tem gatinhado com a prática da GAC. E, recentemente, a GAC recebeu o Prêmio da Abrasme, com o eixo de desmedicalização e despatologização, e foi uma honra poder ocupar esse espaço, esse reconhecimento do trabalho, que é feito por mais de

80 serviços no Brasil, construído por profissionais, pessoas em cuidado, familiares, acadêmicos. Foi tudo registrado pelo projeto de pesquisa da UFF, em parceria também com a Fiocruz. E a GAC tem se estendido. Eu sou uma trabalhadora da ponta, então, eu falo desse lugar. Eu tenho mestrado também em atenção psicossocial pelo IPUB, mas hoje eu ocupo a rede na RAPS. Comecei esse trabalho da GAC a partir de uma curiosidade, para saber do que se tratava esse serviço.

Por ser um município distante, de 17 mil habitantes, marcado pelo Hospital Estadual Teixeira Brandão, pela desinstitucionalização. Nós temos uma rede pequena: uma rede formada por um CAPS II, por 12 residências terapêuticas, SAMU, leitos no Hospital Geral, leitos de Saúde Mental. E a GAC veio empoderar o nosso trabalho na rede da equipe da E-Multi. A equipe é composta por duas pessoas: eu e Fabrícia, que está ali atrás, sentadinha. E a gente precisava de parceiros, já que o trabalho se concentrava todo no CAPS, de saúde mental.

E a GAC veio fortalecer esse trabalho, em que a gente descobriu a GAC como um espaço de formação para os profissionais da atenção primária. Então, a gente faz esse trabalho na atenção primária, descobrimos a GAC como esse espaço de formação a partir da experiência. Os grupos são formados de forma paritária, então, são formados por uma metade profissionais e uma metade de usuários, e, a partir daí, a gente foi construindo a GAC no município. Vou dar uns informes bem breves.

A gente conseguiu construir quatro guias. A GAC se expandiu e existem quatro guias GAC, que estão pautados na saúde coletiva, que é o que a gente utiliza no município de Carmo, o guia Infanto-juvenil, o guia de redução de danos Álcool e Drogas e o guia LGBTQIAPN+. Estes guias estão disponíveis no portal Mad in Brasil e, também, para a maiores informações, a gente tem um e-mail da Gestão Autônoma do Cuidado: gac@gmail.com.

A GAC se baseia na co-gestão, no cuidado compartilhado e na autonomia. É um espaço de troca e de conhecimento, um espaço de experiência, em que a gente fala menos de medicação e mais de vida. Fala de espiritualidade, fala de religiosidade, fala de autocuidado. E a gente percebeu nesses encontros da GAC que os usuários, as pessoas em cuidado, estavam mais bem cuidados com os PTS do que os próprios profissionais.

Então, a partir desses encontros e dessas trocas, a gente percebeu o quanto esses profissionais também precisavam desses espaços de cuidado. E a GAC em Carmo também funciona não só como espaço de formação desses profissionais em saúde mental, mas também como um espaço de autocuidado.

E, recentemente, a gente introduziu também no Centro de Convivência a GAC, e ampliamos ainda mais as discussões para a cultura, geração de trabalho e renda, e outras questões que não apareciam nas discussões. Isso faz com que a gente fortaleça o nosso trabalho: trabalhe mais o território, trabalhe mais com as trocas e saia do lugar, desse lugar ambulatorial, tradicional e consiga construir saúde a partir das demandas, das trocas e pensando a saúde de forma cada vez mais ampliada.

É isso que eu queria passar rapidamente e agradecer a oportunidade.

**LUCAS GONÇALVES**

Obrigado, Betânia. Então, vamos dar seguimento aos trabalhos da tarde. Antes de compor a mesa, eu queria dizer que me sinto muito honrado e grato pelo convite para estar aqui, através do Paulo, Leandra e todos os trabalhadores do LAPS. Eu fico bastante emocionado de estar aqui, porque fico rememorando a primeira vez que entrei aqui nesse auditório, ainda como estudante de psicologia, lá em 2017, no primeiro Seminário Internacional “A Epidemia de Drogas psiquiátricas”. E desde aquele momento eu sigo nessa militância no campo da desmedicalização e, para mim, é motivo de muita honra e alegria conduzir dessa mesa.

A mesa que nós iniciaremos se situa a partir de uma interrogação: “Escolas, Instituições e Territórios Desmedicalizados: é possível?”. Portanto, o tema da mesa trata de um questionamento epistemológico, mas também um convite a essa construção, à construção dessas possibilidades. E também é importante pensar a desmedicalização ou o desmedicalizar como um caminho que transcende a ideia de uma suspensão farmacológica, como já foi dito aqui pela manhã. Implica também interrogar esses dispositivos de poder-saber que sustentam a medicalização e sustentam a patologização da vida. Implica também questionar quais racionalidades e interesses servem à

medicalização da vida. Mas, sobretudo, e, fundamental, implica a construção rigorosa desses horizontes de alternativas de cuidado, que é o que nós tentaremos fazer aqui essa tarde.

Para isso, eu queria compor a mesa chamando a professora Cecília Collares, que é professora associada da Faculdade de Educação da Unicamp e militante do Despatologiza: Movimento pela Despatologização da Vida.

Queria convidar também à mesa a professora Claudia Gomes, que é a doutora em educação e coordenadora do Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Desmedicalização da Vida.

De igual maneira, convidar à mesa o professor Reinaldo Lima, que é doutor em educação pela Universidade Federal de Juiz de Fora e coordenador-geral de Projetos Para Infâncias no município de Areal, no Rio de Janeiro. Convidar à mesa Leo Salo, que é doutorando em Informação e Comunicação em Saúde e diretor do coletivo Experimentalismo Brabo.

E também convidar à mesa Letícia do Amaral, que é pós-doutoranda em Sociologia e Ciência Política na Universidade Federal de Santa Catarina, e integrante do Núcleo de Estudos em Sociologia, Filosofia e História das Ciências da Saúde.

Então, para iniciar os trabalhos, eu vou seguir a ordenação que me foi dada e a gente começa com a professora Cecília Collares. Você está com a palavra, professora.

**CECÍLIA COLLARES**

Bom, boa tarde a todos. Eu estou muito satisfeita, muito feliz de estar aqui hoje, podendo estar conversando na Fiocruz. Há bastante tempo eu não venho aqui, de modo que estou muito feliz de estar aqui com vocês hoje.

Bem, como educadora, eu sou pedagoga, e eu quero conversar com vocês como pedagoga. O que podemos fazer no sentido de despatologizar um pouco a escola? Então, porque essa importância de falar da escola em um encontro de saúde mental? Porque a disseminação do chamado transtornos mentais nas mídias, alavancada e alavancando a

epidemia de diagnósticos, são realizadas por professores e profissionais da saúde, prioritariamente médicos e pedagogos.

Então, isso começou há bastante tempo, quando era ainda muito falado o tal do “fracasso escolar”. E o fracasso escolar sempre era colocado como o componente principal de várias faltas dos alunos. Então, sempre o aluno era culpado pelo seu fracasso. E, com isso, ele era altamente medicalizado. No início era a questão da desnutrição, e depois foi para aspectos neurológicos. E continua até hoje, cada vez mais forte. Eu acho que isso tudo, além de ser alavancado pela mídia, é disseminado por toda a sociedade e a conversa sempre é a mesma: de que a criança tem problema.

O que acontece? Os pais são muito preocupados e são muito ansiosos, desde a criança muito pequena. E os pais, de uma certa maneira, em cima desta ansiedade, encontram eco para os seus temores nas falas de profissionais da saúde. Então, eles levam os seus filhos a postos de saúde, eles levam a médicos particulares, eles levam a ambulatórios, e todos eles, de uma forma geral, saem, as crianças saem com uma etiqueta.

Ou ela é agressiva, ou ela é hiperativa, ou ela não presta atenção, ou ela tem... Enfim, ela tem uma série enorme de problemas, que são chamados de transtornos, e que vão tirando de um saco infinito de nomes. É “TDAH”, é “não sei o quê”, e sempre tem um nome novo, só que os remédios são mais ou menos iguais. E todos, de uma certa maneira, saem com algum tipo de medicamento. Então, é importante que se observe isso.

Atualmente, a gente vê crianças de dois anos tomando risperidona, que é um remédio de tarja preta, superimportante para aquela necessidade para a qual ele existe, mas que é para adultos. Em crianças, até muito pouco tempo, e para adolescentes, você jamais faria um uso da risperidona.

E tem crianças de dois anos usando a risperidona, porque ela tem “a atividade cognitiva lenta” com dois anos. De modo que é preciso estar observando essas coisas. Eu acho que existe sempre a necessidade e a busca desse diagnóstico. E essa busca sempre leva a um diagnóstico, às vezes não muito bem-feito, muito aligeirado. A criança é rotulada e acaba sendo medicada, né?

Existem esses medicamentos que são dados em escolas, que são dados em creches, e em jardins da infância. Então, é uma coisa muito disseminada. Agora, a escola pública… vamos falar um pouco mais da escola pública no Brasil. É claro que a escola particular tem problemas semelhantes - de outro nível, muitas vezes -, mas semelhantes. A escola pública tem inúmeros problemas e todos nós conhecemos. Há muitos anos isso é discutido e eles continuam a ser disseminados, e tem muitos profissionais sérios, tem muitos pesquisadores na área de educação, e os problemas sempre existem. Há muitos anos, desde que eu era normalista, esses problemas existem.

Era um grande número de estudantes por sala, e aí foi regulamentado: em salas de aula tem que ter apenas um certo número de alunos, se não me engano, vinte e cinco. Só que, os pais, muitas vezes, entram com um processo para que os seus filhos sejam aceitos numa determinada escola, porque é perto de casa, porque ele trabalha, porque a mulher trabalha, e eles precisam que fiquem nessa escola.

São inúmeros os processos que chegam para a escola. Consequência: as salas continuam lotadas, porque o juiz manda que se matricule naquela sala mais alunos. Então, esse processo já chegou no judiciário. Então, os pais procuram o judiciário para garantir uma vaga numa escola que não deveria receber alunos por força de lei, mas, por força da judicialização, eles são obrigados a colocar essa criança na escola. Isso acontece muito em Niterói, por exemplo, hoje. As salas continuam com um número imenso de alunos porque são crianças que ganham na justiça o direito de estar numa sala, mesmo superlotada.

Então, continua o mesmo problema. Tem muito trabalho burocrático para o professor. Tem muitas exigências estranhas à parte pedagógica: aquela parte mais burocrática da escola, que o professor está sendo obrigado a fazer cada vez mais, porque diminui o número de funcionários que deviam fazer isso, por uma questão de condição de verba.

O ambiente na escola está ficando muito agressivo e, cada vez mais, levando ao adoecimento e afastamento de professores, e até de estudantes. O ambiente se torna muito desestimulante. Então, a gente está vendo muitos casos… A gente copia os Estados Unidos até nisso, né? Então, alunos que chegam armados, que matam colegas, que matam

professor, isso há anos atrás não existia na escola brasileira. E, agora, começou a acontecer, e muito seguidamente. Isso torna o ambiente da escola um ambiente tenso etc.

Os alunos eram muito levados a abandonar a escola. Isso foi minimizado - o professor que me antecedeu já falou sobre isso -, com o novo programa do MEC, o Pé de Meia, para estudantes do ensino médio. Porque o estudante no ensino médio ficava desestimulado, porque queria trabalhar, ajudar a família, e acabava não podendo terminar os estudos. Ele saía, e saía também desmotivado, etc.

Então, com o Pé de Meia, ele tem 200 reais quando ele se inscreve no ensino médio. Ele tem 200 reais mensais se, pelo menos, ele apresentar 80% de frequência no mês. Ele tem mil reais no ano quando ele for aprovado. E esse mil reais é colocado numa espécie de caderneta de poupança que ele não pode mexer. No final dos anos, ele tem 3 mil reais para poder começar a fazer um cursinho, alguma coisa para ir para a faculdade ou para um curso técnico. Conclusão: quando ele se inscreve no ENEM, ele tem 200 reais também. Isso, por incrível que pareça, após dois anos desse processo, desse projeto [Pé de Meia], o abandono escolar caiu em 43%. Então, é um programa que, em dois anos, já mostrou a que veio. As crianças e os adolescentes, principalmente, continuam na escola.

Quais são os novos problemas que hoje invadem a escola? Além dos problemas já bem conhecidos, hoje, o espaço escolar tem sido crescentemente invadido e destruído por ideologias fascistóides. “Escola sem partido”, escola cívico-militar, uso de sanitários versus intolerância à diversidade de gênero, estudantes e pais filmando e denunciando professores, interferência em sala de aula por gestores e familiares, violências que nós já falamos sobre professores e alunos. Queridos, eu estou falando bem rapidamente isso só para a gente contextualizar. Porque todos nós sabemos, e muitos de nós já vivenciamos isso na família, com os filhos. Porque isso é muito nítido para toda a sociedade, a questão escolar. E a gente está vendo, principalmente quem é de São Paulo, está vendo a destruição da rede pública de ensino no Estado de São Paulo. Escolas fechando, salas de aula fechando, diminuindo, preparando a desordem total da rede para ser privatizada. Enfim, é caótica a situação, principalmente no Estado de São Paulo.

Mas, a gente está vendo, também - falando um pouco da formação dos professores -, a proliferação de faculdades privadas, muitas sem nenhum compromisso com a

formação profissional e ética. Lembrando que o curso de pedagogia é um curso muito mal conceituado, ele sempre é o primeiro a ser criado nas faculdades particulares, e parece que dão muita importância ao curso de pedagogia. É que, sem o curso de pedagogia, por força de lei, você não faz uma universidade. Então, sempre se começa com a educação e depois vai ampliando para pegar os cursos que são mais rentáveis, né?

E pedagogia também é um curso que dá muito pouca despesa, porque tem menos alunos, porque eles não fazem muita questão de professor muito formado. Assim, "se tem mestrado e doutorado, [o professor] ganha mais, não precisa", entendeu? [Dizem:] "Não é uma coisa muito importante", mas tem que ter, né? Então, esses cursos não têm, são mais superficiais. Estou falando de um número grande de escolas. Existem grandes escolas de educação, geralmente públicas. A gente não pode esquecer que a PUC é uma grande escola e não é pública, mas são muito bons os cursos da PUC.

Bom, e eu acho que, nessas escolas, que levam a isso menos importância, teoria e prática andam sempre em separado, sem espaço para a construção da práxis. Além disso, o paradigma positivista e reducionista é hegemônico, sendo um dos obstáculos para a reinvenção dos modos de viver e dos modos de atuar para uma invenção de novas práxis. Todos nós sofremos com essa formação, mas somente os professores da educação são aqueles que reconhecem e falam publicamente que são mal-formados.

Todos os outros são maravilhosos, bem formados, só os da educação é que concordam que são mal-formados. Se consideram mal-formados e escutam os outros profissionais das outras áreas como entes superiores. Então, se o médico falou, acabou, o psicólogo falou, acabou, o fono falou, acabou, ele falou. E "eu é que não sei, porque eu sou mal-formado".

Isso acontece muitas vezes nas escolas. Eles se sentem os profissionais, assim, submissos aos outros. Em contraste, os demais se consideram competentes e superiores, inclusive para tratar os processos de ensino e aprendizagem. E, aí, bastaria uma simples e rápida observação nos currículos das escolas. Das escolas médicas, das escolas de psicologia: quando é que no currículo dessas escolas existe alguma coisa a respeito de educação? Eu brinco que o médico só conhece a escola na porta, quando ele deixa o filho na escola de carro e vai embora.

Ele não sabe o que é a escola, ele nunca discutiu em grupos profissionais o que é a educação, qual é a política da educação, qual é a importância da educação na formação da cidadania, ele nunca discutiu isso nos seus cursos de formação. Não existe essa disciplina. Ele se forma, vai para o centro de saúde e ele “conhece tudo”: ele sabe o que é desvio de atenção, ele sabe como a criança aprende, ele ensina ao professor como é que se alfabetiza… É complicado isso, porque de repente ele sabe, sem nunca ter lido nem estudado a respeito disso, ele “sabe”.

O psicólogo aprende a fazer testes, a aplicar testes. Existem escolas que discutem ? Existem. São poucas, mas existem. Muitas escolas boas, mas a maioria, não. Então, por isso que eu discuto muito a questão da psicologia na escola. O que a psicóloga faz na escola? O que ela deveria fazer?

Ela poderia fazer? Claro, ela tem muito o que fazer, menos clínica particular. Não precisa ter uma sala da psicóloga para fazer atendimento individual. A psicóloga tem que fazer atendimento coletivo, com a equipe da escola. E ela não pode fazer parte do grupo da escola subalterno, tendo a diretora como seu superior. Não pode, porque, ela sendo abaixo da diretora, o que é que acontece? Ela tem que seguir as ordens da diretora. E se o problema for a diretora? Ela não tem o que fazer. Então, ela tem que estar na Secretaria de Educação atendendo a equipe escolar para poder discutir as questões da escola.

Gente, cinco minutos. Então deixa eu andar depressa, né? Bom, nesse contexto… vamos deixar o contexto, então. Já contextualizei tudo, né? Então, a gente vai falar dos processos de patologização da vida. Mais especificamente, o problema da patologização na educação. Bom, o salário eu não vou falar porque vocês sabem que a professora é riquíssima, né? Ela trabalha três períodos porque ela gosta de trabalhar, né?

Bom, o problema é que o espaço pedagógico se tornou meio que um espaço clínico, porque a professora aprendeu com o médico, com o psicólogo e com o fono quais são os passos que chegam nos distúrbios. Então, ela manda 10 alunos: os 10 saem com diagnóstico, por exemplo, de TDAH, e todos saem com uma receitinha de Ritalina na mão. Quando ela tem um aluno que tem as mesmas características, ela diz: “ah, esse aqui tem TDAH, é melhor o pai já comprar a Ritalina”.

Porque ela mesma já “sabe” fazer o diagnóstico, ela aprendeu. Ela não sabe, no curso de formação dela, ela nunca estudou isso. Essa aula, ou essa disciplina de patologização da educação, não existe também na formação dos professores. Eles saem sem saber. Onde é que eles aprendem rapidamente isso? Na sala dos professores. Quando vem aquela papeleta com o nome dos alunos, os colegas professores dizem: “ah, o Joãozinho, esse é disléxico. Esse aqui tem problema de TOD”... Eles já dão a característica dos alunos.

Então, ela [a professora] não recebe o Pedrinho, o Joãozinho e a Mariazinha. Ela recebe o TOD, o TDAH etc. E, aí, isso continua, porque ela aprendeu com os antigos, ela também aprendeu. Como ela nunca estudou isso, ela não tem crítica para fazer, porque ela não sabe fazer a crítica. Mas “isso aí foi o doutor que deu, e o doutor sabe, a gente não sabe, mas ele sabe”. Ele não sabe nada, entendeu? Mas ele pensa que sabe. Então, é alarmante a quantidade de encaminhamentos da escola para a saúde. A maior clientela dessa patologização, a maior, tem outras, mas a maior são os escolares, desde a creche até a universidade.

Até os pais, né? Eles dizem assim: “ai, meu filho tem TDAH, você sabe que eu também tenho? Porque eu fazia isso, isso, aquilo, e eu também sou TDAH”. Vocês conhecem adultos que, de repente, depois de adulto, virou TDAH, tem transtorno? Também é isso, né? Ninguém sabe muito bem o que é, mas eles têm. É complicado demais isso.

Bom, então, como eu tenho só cinco minutos, deixa eu ver o que eu vou concluir com vocês. Dentro da educação, é necessário, quando se fala em “fracasso escolar”, é necessário, dentro da formação do professor, que exista um contínuo de conhecimento. Você não pode, por exemplo, ensinar a escrever uma palavra se a criança não conhece a letra. Você não pode ensinar a somar se ela não conhece o número. Então, tem que ter uma sequência de conhecimentos e o David Ausubel chamava isso de ter “subjuntores”, como fossem ganchos: um conhecimento adquirido engancha um novo conhecimento, para que aconteça o aprendizado. E, para isso, a professora precisa ter habilidade, conhecimento, para ela saber em que ponto esse aluno tem de conhecimento.

Eu vou dar para vocês um exemplo muito simples. Tem professora que diz que a criança não aprende a ler, a escrever - tinham aqueles papeizinhos que davam para fazer uma cruz ou fazer alguns desenhos. Ela não aprendia porque ela não tinha o conhecimento de uma habilidade manual fina para pegar o lápis, porque muitas vezes um aluno de periferia só vai conhecer lápis na escola. Na casa dele, quase não tem lápis, mas tem outras coisas.

Quando ele chega na escola, ele não chega uma folha em branco. Ele sabe fazer pipa, ele sabe empinar papagaio, ele sabe andar de carrinho de de rolimã, ele roda pneu, ele tem várias bolinhas de gude… Ele sabe fazer muita coisa, e tudo isso exige dele um condicionamento motor fino. Imagina fazer uma pipa se não tem condicionamento motor fino? Tem que ter, porque senão ele rasga todo o papel de seda e ele não faz nada.

Então, basta você conhecer a vida desse aluno para saber o que ele sabe fazer. E, a partir do que ele sabe, você ensina o que ele não sabe. Mas, a partir do conhecimento prévio que ele tem. E você não julga o que ele não tem. Isso é um caso interessante, se diz: “essa criança não tem equilíbrio”; mas ela chega na escola de bicicleta, como não tem equilíbrio? Como chegou de bicicleta? Então, tem equilíbrio. O que ela não tem é o aprendizado de um equilíbrio necessário para desenvolver determinadas atividades, ela precisa aprender.

Se você pensar nos nossos filhos, eles tomam banho com o lapisinho na mão, sempre, que a mãe já dá para ir riscando, né? Então, ele já “sabe” ler, ele pede para ler… Ele não sabe ler, mas ele pede para você ler para ele, ele pede o papel. Os nossos filhos são expostos ao conhecimento letrado desde muito criança, porque é um valor da sociedade ter esse tipo de atividade.

Agora, existe uma parte grande da nossa população que não tem tempo para isso. Trabalha de manhã, de tarde e de noite. E os filhos aprendem aquilo que os pais fazem. A criança varre muito bem o chão, arruma muito bem a cozinha. Põe um filho nosso de cinco anos para arrumar a cozinha… O que acontece com a louça? Quebra tudo, né? Porque ele não tem nenhuma habilidade. O outro está treinando essa habilidade. A partir das coisas que ele sabe, ele pode estar aprendendo o que ele não sabe.

Então, isto é um problema que precisa ser desenvolvido na formação docente. A professora precisa saber quais são as técnicas e quais as metodologias utilizadas para que ela conheça quais as habilidades da criança. Porque, se criança não sabe… Vamos exemplificar para ficar simples: se ela não sabe números, ela jamais vai somar, ela jamais vai fazer continha. Então, não adianta dar continha e dizer que ela é burra porque ela não sabe somar dois e dois. Ela não sabe por que dois e dois dá quatro, porque ela não conhece um dois e nem o outro dois.

Se você ensinar a começar a procurar coisas para que ela possa aprender o novo, é mais fácil. Isso é um grande problema na escola, porque a criança não sabe por que não tem subjuntor. Então, isso é uma coisa importante. Eu acho que essa avaliação pedagógica é uma coisa que precisa ser mais bem trabalhada, e seria um obstáculo muito sério dentro da escola para a patologização. Porque se vê que não é doença, é falta de conhecimento da criança e da professora. E de quem formou a professora, né? Então, é preciso levar isso.

Então, é necessária a formação de professores e professoras, destacando a importância de inserir no currículo formal dos cursos de graduação em pedagogia - e de todas as licenciaturas, porque o professor de matemática, o professor de história, todos eles têm licenciatura obrigatoriamente, e não conhecem isso.

Bom, é muito discutido por quase todos os pesquisadores isso, né? Existem vários projetos bem-sucedidos que já atacaram isso. Eu vou passar só um pouquinho porque preciso contar alguma coisa boa, né? Espera só um pouco. Então, é o seguinte: eu e Cida tivemos, há uns anos atrás, um projeto muito bonito que durou uns dois ou três anos na Fundação Para a Educação de São Paulo, no FDE. E, nesse projeto, a gente trabalhava na sexta à noite, sábado e domingo, uma vez por mês, com vários professores de várias escolas do Estado de São Paulo.

A gente tinha mais de 100 professores do Estado de São Paulo, e a gente trabalhava essas questões profundamente. Estava sendo o maior sucesso, porque esses professores levavam o conhecimento para a própria escola e começou a diminuir drasticamente a questão do fracasso escolar, etc., pela discussão mensal que nós

fazíamos. Mandávamos bibliografias, os alunos eram muito assíduos, isso estava funcionando muito. O que aconteceu? Mudou a política. Acabou o projeto.

Foram encontrados no lixo o material todo do projeto, não sei até hoje quem encontrou, e mandaram esse material para a minha casa, pelo correio, e eu entreguei esse material. Não me lembro, eu acho que foi para a própria pessoa que era, na ocasião, a diretora do FDE.

Então, os grandes projetos, muitas vezes, acontecem, eles estão indo bem, e eles acabam porque eles tornam-se uma política de governador, mas não uma política de Estado. Então, seria importante que isso fosse uma política de Estado. A política de educação tem sido uma política de descontinuidade. Como reverter isso? Como construir políticas educacionais que escutem os educadores?

Esse é o nosso desafio: construir e implementar políticas públicas despatologizantes e voltadas ao desenvolvimento das potencialidades de todas as crianças e adolescentes. Queridos, minha fala ficou um pouquinho truncada, acho que eu precisava de mais um pouco de tempo, mas tudo bem. Fui eu que errei, eu tinha que ter feito menor. Obrigada.

**LUCAS GONÇALVES**

Obrigado, professora Cecília. Agora, passando a fala para a professora Cláudia Gomes.

**CLÁUDIA GOMES**

Boa noite, gente. Olha o ato falho. Boa tarde. Eu me compadeço muito, viu, professora? Essa questão do tempo, o tempo realmente é uma pressão. A gente recebeu várias orientações super carinhosas, que nós deveríamos ficar dentro do tempo. E a questão é que compuseram uma mesa de professores, e o professor adora falar, né? Eu adoro falar. Então, eu estava aqui querendo ouvir mais a professora, mas a gente tem uma organização muito bem feita para esse encontro. E eu queria muito agradecer ao Paulo

pelo convite, eu estou muito feliz de participar desse evento que trata de educação dentro de uma perspectiva de saúde ampliada, onde vários territórios são contemplados nessa discussão e, entre eles, o território da escola.

Meu nome é Claudia, sou professora universitária, educadora, psicóloga, e atualmente coordeno, já há nove anos, o Grupo de Pesquisa, Estudo e Extensão de Desmedicalização da Vida. Hoje, a minha fala, que eu escrevi para não passar no passar dos 20 minutos… Está aqui certinha também, cronometrada em casa… No sentido de trazer algumas contribuições, já que essa foi a solicitação do Paulo, para a gente construir essa agenda tão importante de práticas em desmedicalização. Bom, vou fazer minha audiodescrição. Eu sou uma mulher branca, morena, cabelos castanhos, mas pintados, porque se não fossem pintados, eles seriam brancos. Olhos castanhos, e estou usando uma blusa colorida com pássaros.

Bom, eu sou uma defensora, já há algum tempo, assim como a professora falou, de que a educação faça parte desses eventos. Eu acho que nós, professores e estudantes de pedagogia, e profissionais que estão ali no chão da escola, precisam estar incorporados nessa discussão. Já há algum tempo, a gente também vem ouvindo que a escola tem sido a grande porta de entrada das crianças no mundo da patologização e da medicalização. Mas, como educadora, eu vejo também na escola uma grande potência, de servir como uma espécie de anteparo, um escudo para que essa medicalização não se concretize da forma como ela é orquestrada.

Eu acho que o trabalho do Reinaldo vai falar muito claramente sobre isso, de como pensar uma escola desmedicalizada é algo absolutamente possível, até porque ele está realizando esse projeto na prática, dentro de uma prefeitura, com políticas públicas, sendo realizadas todos os dias com os educadores.

Então, seguindo a proposta do evento, a minha ideia é trazer um pouco das estratégias que o nosso grupo tem realizado no campo da educação e também no campo da psicologia. A professora falou, a gente, historicamente, tem a marca de uma psicologia que também tem sido medicalizante, e essa é uma das grandes críticas que a gente faz à psicologia, sobretudo quando a psicologia entra na escola.

Apesar da lei 13.935/2019, como disse o Rossano hoje pela manhã, o papel do psicólogo escolar hoje vai numa direção totalmente contrária - pelo menos do que deveria ser, pela diretriz do nosso Conselho Federal de Psicologia -, ao que, historicamente, a gente conhece de psicologia escolar no Brasil. A história da psicologia escolar ainda… infelizmente, a gente vê situações como essa, mas a história da psicologia escolar sempre foi uma história de encaminhamentos, de uma perspectiva crítica sobre o não-aprendizado escolar das crianças. Então, a literatura é muito ampla no sentido de uma criticidade, de mostrar o quanto que muitas vezes a gente tem também uma psicologia medicalizante, patologizando comportamentos infantis, ao invés de entender a criança e esse educador, o cotidiano da escola, da forma como ele é construído no seu próprio território.

Então, nesse sentido, a minha fala vai mostrar um pouco quais são as estratégias que a gente, enquanto grupo de pesquisa, tem utilizado para pensar a patologização das crianças, sobretudo no interior do Estado do Rio de Janeiro, na região serrana e centro-sul fluminense, que é onde a gente atua mais diretamente. E, antes de falar dessas estratégias, eu queria contextualizar um pouquinho a história desse grupo. O nosso grupo de pesquisa, estudo e extensão Desmedicalização da Vida tem 9 anos, ano que vem a gente faz 10 anos de existência.

Ele surgiu em um momento muito ímpar, quando eu trabalhava como professora universitária e trabalhava também como psicóloga escolar na prefeitura de Três Rios, no interior do Estado do Rio de Janeiro. E eu vivia duas realidades muito diferentes. Como professora universitária, eu trabalhava com estudantes de pedagogia e de psicologia. Então, eu trabalhava na formação desses profissionais - ou dos futuros profissionais, porque eram graduandos -, mas eu também era psicóloga escolar. Então, eu estava no chão da escola todos os dias, e na prefeitura de Três Rios a gente vai para a escola.

A gente tinha um espaço onde a gente recebia os encaminhamentos, mas a gente não aceitava essa ideia de encaminhamento, não. A gente queria ir para a escola, conhecer a comunidade, os pais, o território. E, aí, quando a gente chegava na escola era muito interessante, porque era como se tivessem chegado as “salvadoras da pátria”. “Ai, que bom que você está aqui. Eu tenho 20 crianças para te encaminhar, e que bom que

você veio aqui buscar esses encaminhamentos". Então, eu vivenciava uma crise muito grande nesse processo, porque, de um lado, a gente trabalhava com a formação, e, de outro lado, a gente tentava - juntamente com esses professores que já atuavam ali com as crianças -, entender o que elas esperavam desse encaminhamento, ou quais eram as razões. Porque elas encaminhavam algumas crianças que consideravam inaptas para o aprendizado. Bom, aí eu fui percebendo, como psicóloga escolar, no campo da escola, eu fui percebendo algumas mudanças muito significativas. Então, lá no início dos anos 2000, apesar de toda essa política de encaminhamento - que historicamente marcou a psicologia escolar, e que, infelizmente, ainda marca a psicologia escolar -, os laudos não eram uma exigência tão presente nos discursos dos professores.

Não que isso não fosse um desejo do professor, de justificar o não-aprendizado escolar por conta de uma patologia. A literatura está aí para mostrar isso para a gente. Mas parece que outras questões ocupavam, em primeiro plano, a atenção da escola.

Por volta da segunda década dos anos 2000 - após o lançamento do DSM-5, em 2013, eu percebi uma mudança muito grande no contexto da escola. Os discursos dos professores giravam em torno daquilo que as crianças não aprendiam, mas agora já era um discurso que tinha uma materialidade muito interessante. No sentido de que, agora, elas não mais perguntavam para a gente, por exemplo: "o que você acha que essa criança tem?". Esse discurso já vinha pronto.

Então, a ideia, por exemplo, do transtorno do espectro autista se transformou numa fala comum, um discurso comum entre os professores, e também entre os estudantes de graduação de psicologia. A gente já tinha o TDAH. O TDAH, como disse a professora, ele já era amplamente difundido na escola.

Mas a impressão que eu tenho - e, naquele momento, era a impressão que nós tínhamos -, é que ainda havia um certo cuidado com esse diagnóstico. Existia aquela ideia de que: "não, para se ter um diagnóstico TDAH, precisa haver uma equipe multiprofissional para que esse diagnóstico seja feito de uma maneira mais adequada". Então, a gente ainda tinha esse discurso dentro da escola.

Me parece que, com o transtorno do espectro autista, se pulou essa etapa. De modo que todos agora poderiam desconfiar dos comportamentos das crianças e arriscar a dar um diagnóstico de TEA, desde que se apropriasse de um conhecimento específico para isso.

Foi um momento de muitos cursos de formação para professores: “como diagnosticar uma criança com TEA?”, [fornecer] materiais para esses professores, no sentido de materializar uma narrativa médica sobre o comportamento das crianças.

Então, essa experiência, essa mudança no cenário da educação, me fez ficar cada vez mais crítica com a maneira como estamos formando os nossos educadores, bem como a professora falou. Como é que nós estamos formando os nossos professores e os nossos psicólogos, que certamente recebem a demanda da escola?

Bom, e aí, começamos a pensar sobre como seria a contribuição de uma psicologia, a partir de uma perspectiva crítica, que pudesse não só entender essa narrativa, mas construir uma contranarrativa, uma narrativa que fosse contra-hegemônica a essa narrativa da patologização da criança na escola.

Como psicóloga, nós temos alguns autores, a gente tem uma matriz epistemológica que guia muito o nosso olhar, que é a histórico-cultural. Eu, o Reinaldo, o Lucas, a gente parte dos estudos de Bakhtin, dos estudos de Vygotsky, que olha para a escola como um campo de tensão, e, como campo de tensão, se configura como um campo de disputa narrativa.

Então, a gente está falando de narrativas dentro da escola. Narrativas hegemônicas, e também a possibilidade de narrativas contra-hegemônicas. Para Bakhtin… Ele é um autor que nos ensina muito sobre essa questão da linguagem, como essa linguagem se configura, sobretudo nos espaços humanos, das relações humanas. O sentido de uma experiência, por exemplo, é a experiência recriada pela linguagem e não a experiência em si.

Nesse ponto, a maneira como a gente fala sobre uma criança, a maneira como a gente explica o comportamento de uma criança, presentificam a forma como nos relacionamos com essa criança. Então, a questão da narrativa, para a gente, é muito importante. Se a narrativa indicava para esses professores e para esses psicólogos como eles deveriam se

comportar, como eles deveriam agir, ou como eles deveriam avaliar o comportamento dessas crianças, a ideia era, então, pensar uma narrativa que fosse contra-hegemônica.

E foi nesse sentido que, em 2017, nós construímos o nosso primeiro projeto chamado: “O que dizem os psicólogos sobre a medicalização de crianças e adolescentes?”. Isso foi em 2017, e em 2017 também, nós tivemos, no encontro em que o Paulo estava falando, que foi no Fórum de Medicalização da Educação, ele nos apresentou um livro que foi um divisor de águas na vida do nosso grupo, que foi a “Anatomia de Uma Epidemia”, do Robert Whitaker.

E o que nós aprendemos a partir da leitura do livro, e que foi um grande divisor de águas no grupo de pesquisa, é que era necessário construirmos um letramento crítico sobre os processos de patologização e medicalização das crianças. Esse letramento crítico - ainda que a ideia de letramento já contenha em si uma criticidade, mas acho que é [preciso] reafirmar a necessidade da gente construir um letramento crítico sobre os processos de medicalização e desmedicalização -, significava a construção de um repertório de conhecimentos sobre os processos de patologização e farmacologização que compõem o fenômeno da medicalização.

Entendemos que é necessário nos apropriar dessa narrativa e que, sobretudo, isso estivesse presente na formação, no processo formativo desses estudantes e desses profissionais de educação e de psicologia. Bom, nesse sentido, então, o letramento crítico em desmedicalização tem se transformado em uma das nossas principais estratégias em desmedicalização e estratégias contra-hegemônicas.

Como estratégia contra hegemônica, o nosso grupo tem trabalhado em quatro grandes eixos. O primeiro eixo que o nosso grupo tem utilizado como estratégia contra-hegemônica é a construção de um letramento crítico sobre o que é medicalização e o que significa desmedicalização.

O segundo eixo importante que a gente tem investido, que o nosso grupo tem investido, é na formação acadêmica de estudantes de graduação e pós-graduação. O terceiro grande eixo é a ênfase nas atividades de extensão.

O quarto grande eixo é uma busca ativa de alternativas desmedicalizantes na educação e na psicologia. Então, a partir do entendimento de que era necessário construir

uma narrativa crítica, desmedicalizante, e que essa narrativa precisaria chegar até aos cursos de formação… E, aí, como professora de pedagogia e professora de cursos de psicologia, nós não encontramos nas matrizes desses cursos disciplinas que trabalhem com desmedicalização e com medicalização.

Se a gente pegar uma matriz de um curso, sobretudo no curso de psicologia, você vai encontrar uma psicopatologia que é a psicopatologia do DSM. É a única psicopatologia que, em geral, acompanha os cursos de formação em psicologia. Quando se fala, então, nos cursos de pedagogia, a gente não consegue chegar nem nesse ponto.

Enquanto grupo de pesquisa, investindo nessa narrativa contra hegemônica, a gente tem produzido alguns materiais acadêmicos, porque esses materiais acadêmicos são importantes para o processo formativo dos estudantes de psicologia e de pedagogia. Então, nesse processo desses últimos 8 anos, nós tivemos 36 trabalhos de conclusão de curso, 10 dissertações de mestrado, 4 teses de doutorado em andamento e 19 artigos e anais de congressos publicados.

Sobre esses anais de congressos publicados, eu queria fazer uma observação. Em 2024, no Congresso Brasileiro de Psicologia Escolar, que aconteceu em São Paulo, havia 800 trabalhos que foram aprovados. Desses 800 trabalhos, apenas 12 tratavam do tema da medicalização e da patologização das crianças na escola. E, desses 12, 6 trabalhos eram do nosso grupo de pesquisa.

Bom, também na construção dessa narrativa contra-hegemônica, a gente investiu, enquanto grupo de pesquisa, em outros materiais. Eu queria ressaltar aqui o livro “Paulinho e a pílula Anti-Pulo”, que foi lançado aqui na Fiocruz. Vocês já podem imaginar quem seria esse Paulinho. O livro foi escrito pelo Lucas Gonçalves e a Clara D'Ávila, que são do nosso grupo de pesquisa. É um livro extremamente interessante. Apesar de ter uma estética de livro para criança, ele é muito mais para adulto do que para criança. E eu vou contar aqui rapidamente uma história que eu gosto sempre de contar.

O livro tinha acabado de sair, eu cheguei em casa e fui ler o livro para o meu filho. Meu filho tinha seis anos, sete anos na época. E quando eu acabei de ler, ele falou: “não”. Eu falei: “não, o que?”. “Lucas não sabe escrever livro pra criança. Essa história é

muito triste. Mãe, eu vou ensinar para o Lucas como se escreve um livro para criança". Então, vocês imaginam o desfecho do livro, né?

Também no sentido dessa narrativa contra hegemônica, a gente tem investido muito em atividades extensionistas. E, aí, nós fizemos o primeiro encontro regional "Questões Sobre Educação e Patologias da Infância", em 2019. Fizemos o segundo encontro regional... O primeiro foi na cidade de Petrópolis, o segundo foi na cidade de Três Rios, o terceiro encontro regional foi na cidade de Valença.

Então, nós tivemos, em cada um desses encontros, uma média de 200 a 250 pessoas. Foram encontros onde o público era especificamente de professores e estudantes de pedagogia, estudantes de psicologia e psicólogos. Era um público-alvo muito específico. Em 2020, nós fizemos um curso de formação para professores também na cidade de Três Rios. Durante um ano, os professores estiveram com a gente, estudando sobre medicalização e educação. Em 2022, fizemos um curso de extensão que foi online, também para professores e aberto para o Brasil todo, porque foi um curso online.

Nos 30 primeiros minutos de inscrição, nós tivemos todas as inscrições já completadas. Agora, em abril, fizemos o nosso primeiro Fórum Regional de Práticas em Desmedicalização da Vida, na cidade de Petrópolis, o Paulo esteve conosco.

O Paulo solicitou que a gente fizesse, então, uma indicação para uma agenda de políticas públicas desmedicalizantes. Nós trouxemos, enquanto grupo, três indicações. A primeira é a construção de uma disciplina, que fosse obrigatória, sobre medicalização e desmedicalização da vida nos cursos de formação e educação em saúde, nos moldes da lei 11.645, que obriga os estudos afrodescendentes nas escolas. Então, a ideia é que a gente pudesse pensar uma política de inserção de uma disciplina nesses cursos de educação e saúde.

A segunda proposição é a construção de uma Diretriz Nacional de Cuidados Desmedicalizantes. Que fosse criada, então, uma diretriz nacional de cuidados. O que seria esse cuidado desmedicalizante? Não dá para explicar muito por conta do tempo. E em terceiro, uma agenda de formação permanente em desmedicalização com concursos remotos, 100% EAD, de forma gratuita.

Então, teríamos essas três indicações para pensarmos essa agenda de políticas públicas desmedicalizantes. E aí finalizo, agradecendo. Obrigada.

**LUCAS GONÇALVES**

Obrigado, professora Claudia. Agora passo a palavra para o professor Reinaldo Lima.

**REINALDO LIMA**

Boa tarde, quero agradecer o convite do Paulo e do LAPS. Vou fazer minha descrição aqui. Sou um homem branco, de 55 anos, de cabelos grisalhos e barba grisalha. Estou com uma camisa verde e um cachecol vinho. Bom, eu vou falar um pouco da experiência que a gente está desenvolvendo desde 2022, no município aqui da região Serrana do Estado Rio de Janeiro, um município chamado Areal.

Eu sou pesquisador da área de infâncias e trabalho na prefeitura dessa cidade. A gente começou a fazer um projeto… Antes de isso, uma contextualizada para vocês entenderem como que isso adentra a escola. Eu sou um pesquisador, o meu mestrado, o meu doutorado, todos fora, a partir das infâncias, eu estudo as infâncias. Agora no pós-doutorado, também.

Então, dentro desse estudo, a sociologia da infância e a filosofia da linguagem de Bakhtin são minhas bases de trabalho e de atuação. Nesse sentido, de cara, a criança é sempre o centro do processo, sempre. Não tem outra alternativa. Então, em qualquer lugar que eu piso, [em termos] de escola, a criança é o centro do processo - ou a protagonista, como se fala na sociologia da infância.

Já em 2018, antes da tragédia de 2018, já havia muito a questão dos laudos nas escolas. A escola - como a professora disse, muito bem relatado -, produzia muito desses laudos por conta dos encaminhamentos. E aquilo era uma coisa que já gerava uma preocupação muito grande. Passaram esses anos, defendi meu doutorado, e comecei a trabalhar nessa rede como coordenador de Projeto Para as Infâncias.

E, nessa escola, especificamente, que é uma escola pública de Areal, uma escola da rede… É uma rede pequena, de 13 escolas. Essa escola tem 350 crianças. E a gente começou a fazer esse trabalho, que é um trabalho que iniciou com a perspectiva da linguagem.

Ou seja, a gente começou a trabalhar com as professoras retirando de circulação certas palavras da escola. Então, é uma escola que você não ouve falar de problemas de aprendizagem. A gente trocou por desafios de aprendizagem. Quando eu falo "trocou", só uma coisa, bem resumida. Não foi assim: "Olha, Lucas, não use mais 'problemas de aprendizagem', use 'desafios de aprendizagem' que vai dar mais certo". Não, tem todo um trabalho aí de reflexão.

Mas o mais interessante é que, no início, tem uma resistência - a gente que trabalha com professores sabe muito bem. A gente já tem aquela cota de tempo de resistência, mas depois elas vão começando a perceber.

Então, é uma escola que não tem, não se fala em problema de aprendizagem, não se trata de "criança agitada", "criança violenta". A minha aposta era a seguinte: se tirássemos de circulação essas palavras, a gente poderia mudar a maneira de lidar com as crianças. E, aí, começar a trabalhar com a questão dos laudos, tudo aquilo que despencava dentro da escola.

Então, é uma perspectiva de desmedicalização da infância dentro de um espaço, de uma escola. A primeira coisa que a gente teve que fazer foi criar dentro da escola um espaço de entre-lugar. Então, vocês vão ver uma foto daqui a pouco… Na época, eu apresentei o projeto para o Secretário de Educação, e aí a gente teve essa ideia e a liberdade de fazer um espaço dentro da escola, que fosse um espaço do entre-lugar.

O que seria esse espaço do entre-lugar? Ele não era nem um lugar da sala de aula e nem de aula de reforço. Era um espaço em que tinha uma professora - com quem a gente foi trabalhando a partir de toda essa discussão com a linguagem -, em que as crianças se sentissem mais livres nesse espaço.

E eu conto sempre essa história: em outubro daquele ano, havia toda uma expectativa, se estava dando certo, se não estava dando certo. Lembrando que era o ano

de retorno, gente, das crianças para a escola, né? Foi o pós-pandemia, um período em que a questão da medicalização da criança, das crianças, ficou muito mais forte, né?

A professora estava falando agora da medicação em crianças de dois anos, e eu lembro que eu percorri as creches, porque eu também sou supervisor do município, e via muitas crianças… As diretoras já mostravam: "olha aquele ali, tá medicado". A criança estava lá toda… Era horrível…

Sobre esse espaço de entre-lugar: as professoras, as diretoras, todo mundo queria saber se aquilo já estava dando certo. E eu falei: "vai dar certo quando a criança disser que está dando certo". Porque, quando a gente trabalha com a criança no centro processo - dentro da sociologia da infância e da filosofia da linguagem -, é a voz da criança que vai dizer se está funcionando ou não.

E eu lembro que teve uma situação no recreio, em que dois meninos se encontraram, e aí um deles falou assim: "Ô, Lucas, tu tá na aula de reforço à tarde?". Aí o outro falou assim: "não, eu não tô… à tarde não é nem o terceiro ano e nem o reforço, é a oficina de linguagem". Aí, eu falei: "pô, deu certo". Começou a dar certo aí, porque é a criança que está dizendo.

A partir daí, foi começando todo um trabalho de formação com as professoras. Me lembro que a diretora falava assim "o contexto em que surgiu isso aconteceu por conta de lacunas de alfabetização", crianças que não estavam alfabetizadas ainda.

Com essa perspectiva, quando chegou em outubro, as crianças, aquelas que tinham questões com alfabetização, já estavam alfabetizadas. E, aí, eu lembro que a diretora falou comigo assim: "vamos fazer uma formação geral com as professoras". Eu falei: "não, vamos deixar que elas cheguem à gente, que elas procurem a gente".

Aí, foi uma época em que - quando a gente faz um trabalho desses, desafiador -, a gente tem que dar umas blefadas, né? Eu lembro que eu falei com ela assim: "vamos fazer o seguinte: eu assumo toda a formação dessa escola nessa perspectiva, mas contanto que a gente não tenha mais reprovação na escola". E, aí, ela ficou desesperada: "como que a gente vai fazer isso? Já tem professora dizendo que vai reprovar cinco, seis", e tal. "Então, vamos começar o trabalho agora. A gente faz essa troca: você zera a reprovação e eu faço a formação toda no ano seguinte".

E, aí, começou um trabalho com as professoras. Essa questão, eu lembro de um professor que chegou para mim e falou assim… Ele chegou um dia e perguntou assim: “eu queria fazer uma formação com você. Eu sinto que eu tenho lacunas de questões da alfabetização dialógica, questões de Emília Ferreiro”. Eu falei: “vamos fazer, eu estou aí todo dia e tal” …

E, aí, eu lembro que, uma vez, a diretora chegou para mim e falou assim: “o Fulano vai reprovar sete do quinto ano”. Eu falei: “sete, cara? Sete crianças reprovadas... Acabaram de sair da pandemia…”. E eu me lembro que ele veio para fazer a formação comigo. Aí, eu falei assim: “Fulano…”. Vamos dizer que ele se chamasse Lucas. Eu falei: “Lucas, e aí, como é que está? Como é que está lá a sua turma?”. “Ah, está daquele jeito”. Era um professor homem, tá? E, aí, eu falei assim: “É? Tá como?”. “É, tá difícil…”. E eu falei assim: “e aí, você tem alguma criança que você vai reprovar?”. Eu já sabia, né?

E, aí, é impressionante que o corpo muda, né? “Sete”. “Sete o quê?”. “Sete vão ser reprovados.”. “É mesmo, Lucas? Por que, cara?”. “Não atingiram os objetivos, [estão] cheios de lacunas”. Eu falei: “poxa, Lucas, que pena, cara”. Aí, eu falei assim: “Lucas, sabe o que eu tava pensando? Eu também vou te reprovar”.

Aí, sabe aqueles cinco segundos em que a pessoa [pensa]: “que situação surreal é aquela?”. “Como assim?”. “Não, é porque eu estava fazendo análise aqui, e você também tem lacunas. Lembra que você me procurou porque você tinha lacunas? Eu acho que você também não atingiu os objetivos”. Aí ele falou assim: “Entendi o que você está falando. Eu tenho que pensar em rever [isso], né?”. Eu falei: “é, vamos olhar para a criança agora [a partir] de uma outra lente”.

Bom, resumo da história: essa escola não reprova crianças há 5 anos. E não reprova, não porque é uma pressão da rede para ter nota no IDEB para garantir verba, não. Não reprova por uma consciência construída coletivamente a partir de uma proposta pedagógica, que foi totalmente reestruturada a partir da voz da criança.

Começamos a fazer a formação com elas [as professoras], perguntando qual era a concepção de infância que adentrava a escola. Começamos a trabalhar isso, e é um trabalho lento, tá, gente? Hoje, eu falo de um lugar que já tem - de 2022 para hoje, quatro,

quase cinco anos. Tiramos todas essas palavras [do vocabulário], e o que eu mais me orgulho é de ter contribuído para isso. Você não vê nenhum relatório que contenha palavras que vão, de alguma forma, discriminar essa criança.

E aí, a gente começou a fazer o trabalho com a rede. A partir do final do ano passado e a partir desse ano, a gente começou a fazer uma formação com toda a rede. A rede não é muito grande, então… Eu que cuido dessa formação, inclusive, mas é uma formação a partir da linguagem.

A experiência é muito simples. Você vê que é essa que é a sala [exibindo a foto na apresentação], só que é uma sala em que você pode dizer o que você sente, você pode fazer crítica à escola. Você pode dizer o que funciona, o que não funciona, você pode opinar, dizer o que gosta, o que não gosta.

Tem um recorte muito interessante: as professoras, que fazem avaliações, do terceiro, quarto e quinto ano, aquelas avaliações bimestrais… Eu sugeri que elas começassem a fazer, na avaliação, na última página, um espaço para as crianças avaliarem a prova. Então, em toda avaliação dessa escola, a criança avalia a prova no final. Aí ela avalia dizendo se aquilo ensinou alguma coisa para ela, se foi uma experiência boa e se ela sugere alguma coisa para a próxima.

Então, no início, teve uma certa resistência delas [as professoras], porque é aquele território “da minha avaliação”, mas elas começaram a perceber que essa perspectiva dialógica funcionava. Não vou ler esse aqui, que é um trecho do Bakhtin, que vai explicar… Porque todo esse trabalho tem uma sustentação teórica, que vai fazer com que a gente entenda que essa palavra-outra, que é a palavra da criança, é a que vai sustentar o trabalho. Porque é a criança que é o centro do processo da escola.

Com isso, por exemplo, as crianças com laudos dessa escola, os laudos, eles são agora elementos para o diálogo. E aí veio a etapa mais difícil, que foi o trabalho com as famílias. Então, hoje a relação das famílias com a escola também é uma relação de muito diálogo.

Claro, não vou pintar para vocês que é tudo uma maravilha, a gente tem grandes desafios, porque toda escola tem desafios. Toda escola. E é interessante que, para a rede, para acontecer na rede, ainda mais cidades pequenas, é muito engraçado, né? Eu nasci

nessa cidade, morei 40 anos lá… Pra você fazer uma proposta [de trabalho], você tem que dizer o seguinte: “olha, vou fazer na tua escola”. Aí, ela [a diretora] fala: “isso não dá certo". Eu falo: “lá na escola, lá no Gabi - que é um bairro -, no Gabi tá funcionando”. “É mesmo?”. “Tá dando certo, e aí tá indo pra rede toda”.

O bom disso tudo é que a gente vai salvando crianças, tá? Eu lembro que quando a gente conseguiu o primeiro ano sem reprovação nessa escola, eu encontrei com o Secretário [de Educação] em uma padaria em que todo mundo se encontra, que é a única padaria da cidade, e a gente [estava] comemorando em pleno dezembro porque nenhuma criança tinha sido reprovada naquele ano.

Bom, algumas características importantes nesse processo, que já conseguimos: a reprovação zero, mudança analógica, abolição dos conselhos de classe nessa escola… Não, não tem conselhos de classe. É muito interessante também, como é que pode ser uma coisa dessas, né? Eu faço uma brincadeira que eu não participo de conselhos de classe, nem que o prefeito ou o secretário me obriguem. Eu não entro em espaços de julgamento de criança. Sempre foi assim. Não faço, não participo.

E, aí, eu lembro que a primeira vez que eu fui para essa escola - eu estou como orientador lá, também -, e a primeira coisa que eu falei com o diretor foi o seguinte: “Olha, eu não participo de conselhos de classe. Mas se você quiser transformar esse conselho de classe em um grande encontro dialógico com as professoras, com a assembleia, com a voz de todo mundo, eu tô dentro. Fora isso, tô fora”.

Relação dialógica, laudos, intersetorial. E, aí, a gente começa uma outra fase que é muito difícil, que é a relação da escola com a psicologia e com os médicos. Porque tem muito dessa visão de que a escola é um lugar de leigos. Tem toda uma questão da formação, como a professora brilhantemente colocou, mas tem também uma questão de reestruturação da própria escola.

Então, a escola que discute, a escola que tem projeto político-pedagógico e que discute as suas questões é uma escola que tem embasamento. Então, a relação com os médicos e os psicólogos mudou completamente. Sempre, quando eles iam [à escola] - às vezes iam até com uma certa arrogância, do tipo: “eu vou te ensinar como trabalhar com

uma criança de TEA". A gente deixava falar, tranquilamente, e aí depois eu apresentava o projeto político-pedagógico da escola, toda a reestruturação. Então, a relação mudou.

Então, hoje, a gente tem uma parceria intersetorial muito interessante. Porque eu sempre pensei em uma parceria intersetorial que seja de um atravessamento, de um eixo, e não aquela pontual: "eu vou uma semana, a saúde vai uma semana, vai uma semana na escola", como se aquilo fosse resolver. E, na escola, não se resolve nada em uma semana, a escola se resolve com o eixo.

Então, a consciência em construção sempre de que a criança é o centro do processo. Parece uma bobagem, mas é muito bonito quando você vê uma professora dizendo: "o meu desafio com fulano é a matemática", e não "o problema de aprendizagem de fulano é a matemática". Isso é… Isso, pra mim, é emocionante. Então, "mudanças significativas na prática pedagógica: uma escola com visão relacional de mundo".

Aí, em dezembro, aconteceu uma coisa muito legal, que foi o seguinte: uma merendeira me liga e me fala assim: "Reinaldo, eu estou querendo mudar de escola. Será que você podia ver a possibilidade de me mudar de escola? Mudar da creche, onde eu sou merendeira" - [ela] faz um trabalho excepcional -, "e eu queria mudar para uma escola, porque eu queria trabalhar com a voz da criança". Essa é a palavra mágica, né? Quando ela fala "voz da criança" para uma pessoa que estuda a sociologia da infância desde sempre… Aquilo ali foi o disparador. Aí, eu falei: "Como assim? Como você quer trabalhar?". "Eu quero fazer um projeto de merenda com as crianças, a partir da voz das crianças."

E, aí, começamos a fazer, conseguimos uma escola. Eu estou trazendo esse recorte, porque aqui tem umas fotos da escola [exibindo a apresentação]. A partir da cozinha dessa escola, a partir da merendeira dessa escola, começa uma relação dialógica com as crianças, que começa a interferir, de certa forma, no desenvolvimento cognitivo.

A gente criou um grande projeto, que, agora… Primeiro a gente começou com a cozinha, a partir da cozinha, e aí começamos a trazer a sala de aula para a cozinha. Dando um exemplo bem prático: toda sala de aula tem um canteirinho com um tempero. Então você, do primeiro ano, tem um manjericão. Quando ela vai fazer algo com o manjericão,

a merendeira vai lá na sala que tem o manjericão. Tem toda a coisa do cheiro, essa coisa da palavra, aquele negócio todo.

Mas o mais interessante aí é que… É, é super legal… E, aí, as crianças, aquelas com questões de seletividade alimentar - que também é uma outra questão que adentra a escola agora -, é muito interessante como, a partir do diálogo, muitos desses casos mudaram.

Tem uma história que é ótima, de uma menina do segundo ano, em que a merendeira a aborda, e ela fala assim: "Fulana, hoje tem peixe", aí, ela fala: "Ai, tia, eu ainda não estou preparada para experimentar o peixe". Isso é demais, cara. Isso é outra lógica, e aí mostra como que a escola é um espaço de potência, né? E a gente sempre perguntava: "E a Fulana? Já está preparada para comer o peixe?". Até o dia em que ela experimentou, na reta final do semestre. Então, um trabalho lindo.

Essa aqui [exibindo no slide], por exemplo, tinha questões de seletividade de alimentar. Aqui é o pedido deles, o bolo de chocolate. E aqui, a terceira foto, é uma receita que ficou em terceiro lugar, no Estado do Rio inteiro, no Programa Nacional de Merenda Escolar. Essa merendeira criou uma receita, fez um trabalho… É uma panqueca deliciosa, gente. É um negócio, cara, fui lá experimentar. E é muito legal que a palavra "degustação" circula entre as crianças desde a educação infantil. É uma graça as crianças de 3 anos falando: "vai ter degustação essa semana?".

Então, outras palavras, outras lógicas, elas vão... E a minha ideia era a seguinte: essas lógicas - começando a atravessar a escola a partir da criança -, mudariam práticas pedagógicas, como mudaram completamente com a questão da reprovação. Hoje você não vê mais uma professora de quinto ano em março, abril, dizendo: "não vai ter jeito, três ali não vão passar, vão ser reprovados", e tal. Está terminando, tá?

E, aí, atendendo à solicitação do Paulo, nisso tudo que a gente está vivendo lá… Agora a gente está fazendo a formação com toda a rede. A gente divide em três blocos: bloco 1, educação infantil; bloco 2, primeiro, segundo, terceiro ano; e bloco 3, quarto e quinto ano. A formação é fundamental nessa análise de conjuntura, principalmente. A formação continuada… E, aí, eu botei aqui dois eixos principais: a linguagem, como

atravessamento de todas as práticas pedagógicas; a dialogia como elemento principal de análise dos contextos; a análise de conjuntura…

É preciso fazer análise de conjuntura o tempo todo, é preciso que a escola entenda que tudo o que está acontecendo no mundo ao redor dela vai chegar até ela. Eu lembro que, com uma professora uma vez, eu estava falando sobre política neoliberal que atravessa - nem era ultra-neoliberal, não, era neoliberal -, ainda uns anos atrás. Ela falava assim comigo: “Ah não, pra mim, não. Eu dou aula lá no Alto do Brejal” - Alto do Brejal é uma zona rural do município de Petrópolis, lindo o lugar. Eu falei: “amor, vai chegar, vai chegar no seu contracheque, mas vai chegar”. Porque chega. Porque é tudo o que vocês falaram brilhantemente de manhã, sobre a mercantilização.

Bom, é isso, reflexões sobre a visão de criança e infâncias. Tem uma outra coisa muito importante: a gente conseguir fazer com que elas percebam que… [Olhando para Maria Aparecida Moysés] Eu gostei muito quando você falou hoje sobre infâncias e adolescências, né? É bom quando a gente escuta pares, embora de áreas diferentes, mas falando esse plural.

São infâncias e é uma maneira de você olhar a criança de outra forma, assim. E mostrar que a escola é um lugar potente para fazer mudança.

**LUCAS GONÇALVES**

Obrigado, professor Reinaldo. Vamos agora passar para a fala do Leo Salo.

**LEO SALO**

Boa tarde, pessoal. Eu me chamo Leo Salo, sou doutorando em Informação e Comunicação e Saúde pelo ICICT, aqui na Fundação Oswaldo Cruz. Fundei e dirijo o Coletivo Cultural Experimentalismo Brabo, sobre o qual a gente vai conversar aqui um pouco, expondo um pouco da nossa trajetória dentro do complexo de Manguinhos, onde o

projeto foi fundado em 2013 e onde atua ininterruptamente até hoje. Ao longo da nossa fala sobre a nossa trajetória, a gente fala como a gente construiu uma metodologia de trabalho a partir dos nossos encontros e ações dentro do território de Manguinhos. Eu sou um homem negro de pele clara, tenho a barba por fazer, estou usando um boné preto e uma blusa chumbo, que praticamente é preta aos olhos de quem vê.

Inicio a minha fala dividindo com vocês duas estrofes, duas sextilhas, que ontem eu dividi com o professor Paulo, e, agora, divido aqui com todos vocês como provocação para o início da nossa discussão: “se a vida pede escuta, nem tudo é medicação. Tem tristeza, tem conflito, tem afeto e solidão. Nem toda dor dessa vida cabe numa prescrição. Se remédio resolvesse toda dor que a gente sente, farmácia vendia abraço e escuta pra toda gente. Na bula, vinha um conselho. Olha a vida diferente.”

Obrigado, pessoal. Provocação inicial para falar um pouco sobre o nosso trabalho, do coletivo Experimentalismo Brabo. E trago aqui uma cena de um espetáculo que a gente realizou no ano de 2024, chamado “Um Experimentalismo Não Tão Clássico em Manguinhos”, continuando a nossa provocação. Vamos ver. É um trechinho do nosso espetáculo para complementar a nossa provocação inicial.

**VÍDEO DO ESPETÁCULO**

[A atriz Celeste Estrela está encenando sozinha no palco, em um cenário que remete ao território de Manguinhos, também com uma caracterização de um ambiente de mesa de bar]

**LEO SALO**

Essa é a Celeste Estrela, uma multiartista aqui do território de Manguinhos. É uma das cenas do espetáculo “Um Experimentalismo Não Tão Clássico em Manguinhos”,

onde nós combinamos reprises clássicas do circo tradicional, reprises cômicas da comédia do circo-teatro brasileiro, com manifestações culturais do território de Manguinhos e artistas do território de Manguinhos, entre eles, a Celeste Estrela.

Esse espetáculo foi produzido pelo coletivo Experimentalismo Brabo, que nasceu no ano de 2013, aqui no complexo de Manguinhos. Surge da percepção de que manifestações culturais locais estavam invisibilizadas com relação a outros territórios com os quais a gente tinha algum tipo de participação, algum tipo de interação aqui na zona norte do Rio de Janeiro. Ele é fundado por três atores: eu, Leo Salo, a Cátia Nascimento, que é uma ativista, moradora, cria aqui do território de Manguinhos e o professor Felipe Eugênio.

Ao longo dos anos, nós desenvolvemos uma metodologia própria de atuação, baseada em três pilares: o pilar da escuta, o pilar da intervenção e o pilar da expressão. Atualmente, nosso grupo é formado por mim, Leo Salo, pela Cátia Nascimento, pela Ellen Grace, pelo Iguinho Imperador, Franciele Campos, o Wildson França, e a Karen Guimarães.

Essa nossa metodologia em três pilares foi desenvolvida ao longo, como eu disse, dos anos de atividade que a gente tem dentro de Manguinhos. A gente inicia no ano de 2013, com a proposta de trabalhar com intervenções de palhaços, intervenções na linguagem do palhaço, intervenções de circo de rua, dentro dos becos e dentro das vielas de Manguinhos. Que tipo de intervenção a gente faria? A gente faria intervenções que tivessem alguma ligação com o próprio território, que conversasse com a realidade do território.

Por isso, antes das apresentações propriamente ditas, a gente faz passeatas de palhaço no território, com os palhaços exercendo a sua performance, exercendo o ser e a linguagem do palhaço em caminhadas que serviriam para a escuta, em primeiro lugar. Para que, num segundo momento, esses palhaços pudessem fazer as suas apresentações, porque a gente queria apresentações que de fato dialogassem com o território de Manguinhos.

A gente inicia, então, essas caminhadas muito influenciadas por uma tradição do circo de tradição familiar, uma tradição histórica no Brasil, que são passeatas de palhaço.

Quando o circo chega em um determinado local, os palhaços vão às ruas para anunciar o espetáculo. Isso já é uma tradição. E, nisso que eles vão anunciar o espetáculo, eles vão dialogando com as crianças e vão fazendo leituras do território que vão ser utilizadas dentro do espetáculo, para que esse espetáculo faça sentido dentro daquela cidade.

Então, trazendo um pouco dessa tradição, a gente faz esse "passeio brabo" dentro de Manguinhos como pontapé inicial para as nossas intervenções. As intervenções, que são as nossas ações artísticas, as performances propriamente ditas, e que são desenhadas a partir desse primeiro momento de escuta. E, por fim, o terceiro pilar, o pilar da expressão, onde há uma co-criação artística dos atores do território com os nossos artistas do Experimentalismo Brabo.

Então, o passo um é a escuta do território; o passo dois é a nossa performance propriamente dita, a partir da leitura do território; e o passo três é uma construção compartilhada de um espetáculo e de um produto artístico que não é mais nosso, do Experimentalismo Brabo, mas que é uma construção conjunta: não para dar voz ao território, mas para gritar junto alguma característica que a gente localizou e construiu coletivamente em forma de arte. Assim como foi o exemplo que a gente trouxe no início da nossa discussão, que é a Celeste Estrela dentro do nosso espetáculo, apresentando um texto que é dela, e que fala sobre problemas que ela lê dentro do território de Manguinhos, e ela trouxe ali à tona.

E na nossa caminhada - como eu disse, a gente tem escuta, intervenção e expressão -, são caminhadas de dois palhaços, a partir do "passeio brabo", onde a gente faz a primeira leitura do território. E por que o palhaço? Não é uma escolha casual, é uma escolha estética: pelo fato do palhaço só existir a partir da relação com outro.

Então, a partir do que é o ser-palhaço, a partir do que é a dramaturgia do palhaço dentro do circo, a gente entendeu que seria uma boa estratégia, uma boa aposta para fazer a leitura, para fazer a escuta do território. Um bom palhaço, dentro do circo, vai fazer uma leitura de território para estabelecer o diálogo com essa leitura de território como seu próprio repertório de criação, e isso vai aparecer dentro das suas apresentações ao longo do circo.

Então, sendo essa uma característica do palhaço, a gente se agarra nela como aposta dentro da nossa metodologia de trabalho dentro do Experimentalismo Brabo. E, quando os palhaços começam a fazer conosco, essas primeiras caminhadas - ainda não as suas apresentações propriamente ditas, mas as passeatas de palhaços ou os “passeios brabos” -, essa é uma frase que a gente ouviu bastante dentro do território: “aqui não tem nada, aqui só tem bandido”.

Não que isso chocasse a gente de cara, porque ouvir isso talvez não chocasse tanto. Mas chocou demais a gente ouvir isso com uma frequência muito maior do que a gente esperava. A gente espera ouvir isso no asfalto. Quando a gente ouve isso da favela, das pessoas que ali habitam, das pessoas que ali transitam e das pessoas que ali trabalham, enfim, das pessoas que compõem aquele território, isso, de fato, assustou a gente, a frequência com que a gente ouviu essa questão.

E isso vem a dialogar com aquela nossa impressão inicial de apagamento de visibilidade das ações culturais de Manguinhos, só que em um grau muito maior do que a gente mesmo esperava. Uma das pessoas, por exemplo, que a gente trouxe aqui, a Celeste Estrela, é uma artista fantástica, tem uma produção artística incrível. E boa parte do território não a conhecia. Várias manifestações culturais de Manguinhos, a gente começa a verificar que são conhecidas dentro [apenas] daquele espectro. A galera do passinho conhece o passinho. A galera do samba conhece o samba. A galera do balé conhece o balé, mas não necessariamente esses grupos se conhecem entre si. A gente percebe, então, uma demanda que o território nos apresenta.

A gente chega para fazer intervenções com o circo. A gente começa a fazer nossos passeios brabos para entender o que é o território, para fazer as nossas intervenções circenses, mas o território nos deu essa demanda. O território precisa se conhecer um pouco melhor.

Então, a gente volta um passo atrás e, para além da nossa intenção inicial de fazer um trabalho com palhaço com o circo, a gente abraça essa demanda do território de falar também sobre memória. E a linguagem que a gente escolhe, para falar sobre memória, é a linguagem da literatura de Cordel. Surge, então, o projeto “Memória de Manguinhos em Cordel”, onde a gente imprime e distribui gratuitamente folhetos de Cordel, contando

histórias de pessoas e atores culturais importantes dentro do território de Manguinhos, onde essas histórias não representam unicamente uma homenagem pessoal àquela figura. Mas, através da homenagem pessoal àquela figura, entendendo aquela história, a gente entende também a manifestação cultural e todo o arcabouço de conhecimento prático, que aquela pessoa agrega e traz para o território.

Por exemplo, a Celeste Estrela, ela tem uma participação no samba, na poesia. Celeste Estrela não é um bom exemplo porque ela faz um monte de coisas. A Celeste Estrela é uma figura fantástica. A Tia Lauzinha, a falecida Tia Lauzinha, dona do Boteco da Tia Lauzinha, onde a gente fala da cultura de botequim, a gente fala da grande necessidade de espaços de pertencimento, como o próprio Boteco, espaços de sociabilidade, espaços onde você encontra até hoje grande parte dos atores, culturais de Manguinhos. A gente tem o Geraldo de Andrade, que é uma figura muito importante dentro do teatro brasileiro, dentro do teatro de favela, dentro do teatro da saúde.

Então, a gente tem 13 folhetos de cordel, nos quais a gente homenageia 13 figuras e fala sobre 13 manifestações culturais dentro do território de Manguinhos. A gente distribui gratuitamente esses folhetos de cordel ao longo das nossas caminhadas e demais intervenções no território.

Além do complexo de Manguinhos, a gente já aplicou essa metodologia de trabalho em outros projetos, em outros territórios. Eu trago aqui o exemplo, o Abrigo do Cristo Redentor de São Gonçalo, uma instituição de longa permanência que hoje não existe mais, dentro do município de São Gonçalo, aqui próximo, do outro lado da ponte. E, entendendo que a gente tem essas três etapas: escuta, intervenção, expressão; na primeira etapa, os palhaços caminharam - não pelo território favela e suas casas -, mas pelos quartos da instituição de longa permanência, conversando, entendendo o que era aquele território, aqueles moradores, aqueles visitantes, familiares, aqueles trabalhadores.

A intervenção: nós fizemos cortejos com música, contratamos músicos e contratamos contadores de história para que a gente desenvolvesse uma caminhada artística onde fossem executadas essas ações que vão conversar com o território. Então, músicas foram mapeadas a partir da conversa com o palhaço, e histórias que

conversassem com o repertório de contação de história das artistas que a gente levou, para que aquele cortejo fizesse total sentido naquela instituição.

Por fim, a nossa co-criação artística, o que a gente fez junto com esse território - não para dar voz, mas para gritar junto alguma coisa -, foi levar os idosos nas escolas de São Gonçalo. Então, a gente fazia uma apresentação de contação de história, onde a gente levava a pessoa, a artista, o contador da história, juntamente com um dos moradores do abrigo. Não para dizer: “coitadinho do velhinho, vá lá visitá-lo, porque ele está morrendo e sofrendo”, não. Mas, ali dentro do Abrigo do Cristo Redentor, a gente tinha pessoas que, por muitos motivos e razões da vida, tiveram que morar ali, muitas vezes, melhor do que em casa, por muitas situações. Estão ali amparados, têm um corpo profissional ali etc.

Então, ao invés de gerar pena, a gente desenvolve nas crianças esse tipo de olhar. Um olhar de admiração para quem está ali apresentando uma arte, apresentando algum tipo de conhecimento. Fazendo o paralelo com uma favela: não tem só bandido na favela, e não tem só coitadinho dentro da instituição de longa permanência para idosos.

Então, a partir dessa nossa metodologia de escuta, intervenção e expressão, a gente não dá voz aos territórios vulnerabilizados, mas a gente busca gritar alguma coisa junto. E é essa a função do coletivo Experimentalismo Brabo.

A gente fez isso também com o coletivo do Projeto Marias: “Como posso ajudar meu filho especial?”, um projeto que une familiares de pessoas com deficiência, e o nosso produto final foi uma exposição de fotografias que circulou em escolas e centros culturais, juntamente com oficinas sobre acessibilidade e inclusão, com a participação tanto das crianças atendidas quanto dos familiares do projeto Marias. Portanto, somos um coletivo cultural, e também uma metodologia que foi desenvolvida pelo coletivo cultural - não assim, em 20 minutos, como essa fala -, mas ao longo de 12 anos de atividade.

Esse ano, a gente tem uma virada de chave, Até então, a gente trabalhava na arte, na cultura e, a partir desse ano, a gente, através de uma parceria com a Universidade Federal Fluminense, juntamente com o programa AFIRMASUS - um programa que visa a permanência de estudantes de políticas afirmativas dentro das universidades. A gente começa a pensar que, se a gente tem um conhecimento que é produzido inicialmente

pelas impressões iniciais das visitas do palhaço no território; e um conhecimento em que a gente sofre uma transmutação, um conhecimento que, além de algo que é dado no primeiro momento, que é lido pelo palhaço… A partir do momento em que a gente co-cria algo junto, esse conhecimento dado faz com que a gente olhe coisas que não estão dadas, a partir da nossa interação artística com esse pré-conhecimento dado.

A gente, então, entende que: se isso tudo serve para a gente criar espetáculos e se isso faz uma leitura bacana de coisas do território, por que não aproveitar essa informação também para a atenção primária em saúde? Porque, se o palhaço conversa com as pessoas numa hierarquia de igual para igual - e não com uma hierarquia de cima para baixo -, ele talvez consiga obter uma informação que não necessariamente vai estar no protocolo clínico. Ele vai conversar com a pessoa… A Ellen Grace está ali, uma das nossas palhaças. Ellen Grace, por favor [acenando].

A Ellen Grace, quando faz o passeio brabo e quando ela vai conversar com um adulto, o adulto às vezes conta para ela que está apaixonado e que a esposa o traiu. É uma coisa que ele não vai contar no serviço de saúde, não vai contar para o agente de saúde, não vai contar para o médico, e talvez seja importantíssimo saber enquanto relação de cuidado. Porque a verdadeira dor e doença dele é uma dor de amor.

E, a partir dessa relação do palhaço, é incrível o quanto as pessoas se abrem e contam as suas vidas, problemas seríssimos e coisas de foro totalmente íntimo, pessoal, ao palhaço. Então, através dessas caminhadas o palhaço acaba sabendo e conhecendo muito da vida dessa galera.  A Franciele Campos, que está ali do lado da Ellen, que é a nossa fotógrafa e cinegrafista, também é testemunha disso.

Então, a gente, a partir do momento em que a UFF entende isso, a UFF nos procura. E a gente está desenvolvendo junto com o programa AFIRMASUS uma formação com alunos da Universidade Federal Fluminense em Experimentalismo Brabo, onde a gente passa essas três etapas, visando que a gente vá para o território - não mais unicamente para a construção de espetáculos -, mas com a preocupação e a missão de trazer dados que dialoguem com a atenção primária, para a gente estabelecer novas dimensões do cuidado.

E, como já passou do meu tempo, quem quiser saber um pouco mais de informação pode acessar o nosso @coletivoebrabo no Instagram. Só para encerrar: a grande contribuição… Na verdade, eu acho que é uma provocação: é que a escuta - uma escuta atenta, uma escuta real e uma escuta real a partir do vazio - seja a provocação para qualquer tipo de ação, de política pública dentro do que a gente está desenvolvendo aqui, que é uma discussão sobre medicalização e desmedicalização.

Tá aí o nosso Instagram para quem quiser saber um pouco mais e dialogar com a gente. Obrigado. Desculpa, Paulo, passei um pouquinho do tempo.

**LUCAS GONÇALVES**

Obrigado, Leo. Parabéns pela fala. Vamos encaminhar para a última fala da mesa, que é da Letícia do Amaral. Por favor, Letícia.

**LETÍCIA DO AMARAL**

Boa tarde a todas as pessoas. É um prazer e uma honra estar nesse evento. Quero agradecer ao professor Paulo Amarante e a toda a equipe do LAPS pelo convite. Eu vou fazer uma audiodescrição breve. Eu sou uma mulher branca, de cabelo nos ombros, escuros, estou vestindo uma blusa branca e um blazerzinho marrom e uma bijuteria dourada.

Bom, eu estou atualmente como pós-doutoranda na Universidade Federal de Santa Catarina. Eu integro o Núcleo de Estudos em Sociologia, Filosofia e História das Ciências da Saúde, sob a coordenação da professora Sandra Caponi. E eu defendi, no final do ano passado, a minha tese de doutorado, exatamente sobre o tema da desmedicalização, sobre a emergência de discursos e práticas desmedicalizantes no âmbito da saúde mental na contemporaneidade.

E o que eu gostaria de discutir hoje com vocês é sobre um agente político que ainda aparece pouco nesse debate, especialmente no Brasil, mas que tem produzido contribuições fundamentais para pensar diretrizes para uma política contemporânea de

desmedicalização, que é o Movimento Internacional de Sobreviventes da Psiquiatria, um movimento no qual eu também sou ativista.

Bom, o que eu quero defender aqui é uma ideia simples: que sobreviventes da psiquiatria não apenas denunciam os limites do modelo biomédico; o movimento produz conhecimento, desenvolve alternativas desmedicalizantes, e tem ajudado, em perspectiva internacional, a subsidiar a formulação de políticas públicas.

Então, é a partir dessas experiências que eu gostaria de propor uma agenda de desmedicalização. Pelo menos trazendo alguma contribuição, a partir do movimento de sobreviventes, para a nossa própria realidade. Eu diria que, neste caso, a minha fala nesta mesa seria sobre “corpos e subjetividades despatologizadas: é possível?”.

Como é um movimento pouco conhecido no Brasil, eu vou trazer um resgate histórico rápido desse movimento. Então, quem são os sobreviventes da psiquiatria? São pessoas que passaram por serviços de saúde mental e que afirmam ter sofrido danos produzidos pelas próprias intervenções psiquiátricas. O movimento começa a se organizar na década de 60, e especialmente na década de 70, principalmente nos Estados Unidos, Reino Unido e Canadá, sob influência do movimento intelectual da antipsiquiatria, mas também em diálogo com a luta por direitos civis, das pessoas com deficiência, e, especialmente a partir da experiência de pacientes e ex-pacientes psiquiátricos que denunciavam tratamentos coercitivos e violações de direitos.

Mas o que torna esse movimento singular não é apenas a denúncia: é uma reivindicação de caráter político e epistemológico, isto é, de que essas pessoas também produzem conhecimento sobre o sofrimento psíquico, sobre os serviços de saúde mental, sobre os efeitos de psicofármacos e sobre formas alternativas de cuidado.

Essa transformação da experiência em conhecimento é o que me interessa destacar aqui, pois explica como um movimento social, passa a influenciar práticas de cuidado, e, hoje, também a construção de uma agenda de desmedicalização.

Uma das grandes referências desse processo foi Judi Chamberlin. Em 1977, ela publica o livro “On Our Own”, que em português foi traduzido como “Nós por Nós: alternativas geridas por pacientes frente ao sistema de saúde mental”. Acabou de ser traduzido, está em pré-venda. Há alguns conflitos de interesse aqui, mas não são

mercadológicos, é mais pela causa mesmo. E eu deixei, inclusive, o QR Code caso alguém tenha interesse em adquirir o livro.

E esse livro se tornou uma referência histórica, porque sustenta uma tese que hoje parece óbvia, mas que naquele período era profundamente radical: pessoas em sofrimento psíquico não deveriam ocupar apenas um lugar de objeto da intervenção clínica, eles precisavam participar ativamente da definição do próprio tratamento e da construção das políticas públicas de saúde mental.

Chamberlin já chamava a atenção para o fato de que muitos problemas da vida cotidiana passavam a ser reinterpretados como patoologias, deslocando conflitos sociais, familiares e existenciais para o campo estritamente médico. Mas, para mim, a principal contribuição do livro é que ela inaugura uma disputa político-epistemológica pela legitimidade do saber experiencial. A vivência deixa de ser entendida apenas como um testemunho individual e passa a ser reconhecida como fonte legítima de conhecimento sobre o sofrimento psíquico, as formas de assistência, processos de recuperação.

E, aí, quase 50 anos depois, essa reivindicação continua extremamente atual e ecoa, inclusive, em diretrizes recentes da Organização Mundial da Saúde, da Organização Panamericana de Saúde e da ONU, também, que defendem a participação de pessoas com experiências vividas na formulação dos serviços de saúde.

Então, diante desse marco de saber experiencial, eu pergunto: o que, concretamente, os sobreviventes da psiquiatria denunciam? Então, há a denúncia de dois tipos de violência institucional: a primeira é a iatrogenia, que pode ser pensada do ponto de vista clínico, mas também social e cultural; e a injustiça epistêmica.

A primeira refere-se aos danos gerados pelo próprio tratamento psiquiátrico, como já disse, e, aqui, aparecem relatos recorrentes de acúmulo diagnóstico, polifarmácia, dependência, sintomas de abstinência e efeitos adversos graves e persistentes, e dificuldades em interromper o uso de psicofármacos com segurança.

A segunda é uma violência epistemológica: quando os pacientes relatam esses danos, as suas experiências são frequentemente invalidadas pela autoridade médica, a sua palavra perde credibilidade e passa a ser reinterpretada como manifestação da própria doença. Sintomas de abstinência são confundidos com recidivas, efeitos adversos são

lidos como novos sintomas psiquiátricos, e, muitas vezes, isso leva à ampliação de diagnósticos, em um verdadeiro empilhamento - como já foi falado aqui, há pessoas que recebem sete, oito diagnósticos numa vida -, e também do tratamento medicamentoso.

Então, essas violências deixaram de ser relatos isolados e hoje formam um conhecimento coletivo acumulado em redes sociais, livros, fóruns e grupos de suporte de pares. E, como a gente vai ver a seguir, esse mesmo cenário de violência institucional também se repete na realidade brasileira. Aqui eu trouxe alguns relatos do perfil da página Sobreviventes da Psiquiatria no Instagram, “Sobreviventes da Psiquiatria Brasil”.

E os relatos brasileiros mostram que esses processos de violência institucional, ocorrem exatamente com a mesma gravidade aqui no país. Na tela, nós temos dois casos muito nítidos disso: um é a Tuli, diagnosticada aos 14 anos, e que acumulou 7 diagnósticos diferentes e mais de 20 medicamentos, sem obter cura, enfrentando uma dependência induzida de vários psicofármacos; e a Camila, que começou tratando uma depressão - teve uma crise maníaca disparada pelo próprio antidepressivo -, recebendo um novo diagnóstico de transtorno bipolar, e passou 10 anos em um ciclo de troca de medicamentos e crises cada vez mais frequentes.

Quando essas narrativas circulam, elas deixam de ser dores isoladas,* e passam a constituir um conhecimento coletivo. É nesse processo de encontro de vivências semelhantes que pessoas usuárias de serviços e sobreviventes compartilham estratégias para lidar com os efeitos adversos dos psicofármacos, discutem formas de redução gradual das medicações, trocam informações sobre abstinência e constroem interpretações para o seu sofrimento, que, muitas vezes, não encontram espaço nos serviços.

Dito isso, cabe uma ressalva importante. Sabemos que cada trajetória pessoal nos dispositivos de saúde mental é singular, e que muitas pessoas se sentem beneficiadas e validadas pelo uso de psicofármacos - têm seus sofrimentos validados pelos diagnósticos. Portanto, o movimento de sobreviventes da psiquiatria não se posiciona acriticamente como antipsiquiatria, e nem anti-drogas psiquiátricas, mas, antes, como pró-consentimento informado.

Defende-se que os profissionais não podem coagir as pessoas a consumir drogas psiquiátricas sob a falsa promessa de cura ou de resolução de conflitos que estão para além, que estão no fundo, e que são sociais e estruturais. Isso exige uma postura diferente da psiquiatria diante do sofrimento, compreendendo seus limites clínicos e fortalecendo ações intersetoriais.

Reivindica-se especialmente o respeito ao consentimento informado, ou seja, que os profissionais forneçam informações qualificadas sobre os tratamentos medicamentosos, alertando os pacientes dos possíveis benefícios e também prejuízos envolvidos, especialmente quando consumidos em longo prazo.

Por exemplo, pesquisas mais recentes com usuários têm demonstrado que existe uma maior dificuldade de abandonar o consumo de antidepressivos após dois anos de uso. Então, o que essas pesquisas podem implicar para a prática clínica?

Então, foi desse compartilhamento de experiências que começaram a surgir respostas concretas para problemas que a própria assistência ainda não conseguia enfrentar. Como os sobreviventes responderam e respondem a esses problemas? Até aqui, a gente viu que o movimento identifica problemas que permaneciam pouco reconhecidos pela assistência, e viu como essas experiências passaram a circular e produzir um conhecimento coletivo.

Mas, para além da denúncia, os sobreviventes passaram a construir alternativas concretas para enfrentar esses problemas. Todas essas experiências têm um elemento em comum: elas deslocam a pessoa usuária da posição de destinatário passivo da assistência para a de protagonista na construção de práticas alternativas de cuidado.

Além disso, vemos muitos indo para a arena política, firmando-se como grupos de pressão, para reivindicar pautas e mudanças no sistema de saúde mental. Por exemplo, a inclusão da faixa preta em caixas de benzodiazepínicos foi fruto de luta coletiva. E, agora, a gente assiste a esse mesmo movimento nos Estados Unidos, de pressão junto à FDA para que se consiga uma “warning box”, uma faixa para antidepressivos, especialmente em razão de novas evidências que apontam para efeitos adversos severos - muitas vezes, permanentes -, na vida sexual dos consumidores dessa classe de drogas.

Aqui, eu listo algumas das alternativas criadas, mas a gente fala um pouquinho melhor a respeito delas agora no próximo slide. Uma das alternativas construídas foi a organização de grupos de suporte de pares, especialmente, hoje, ou, a partir dos anos 2000, voltados para redução e retirada de psicofármacos, ainda sem incidência no Brasil. Só tem acesso a esses grupos, infelizmente, quem fala inglês. Esses espaços nascem justamente da percepção de que o sofrimento provocado pelo uso continuado ou pela tentativa de interrupção dessas substâncias não encontrava uma escuta, e nem reconhecimento nos serviços de saúde tradicionais.

Neles, a experiência vivida deixa de ser apenas um objeto de intervenção médica e passa a construir um recurso legítimo e coletivo de cuidado. Na tela, nós temos alguns exemplos desses grupos autogestionados: como o “BenzoBuddies”, que é focado nos consumidores de benzodiazepínicos; *o “Surviving Antidepressants”, que foi um dos pioneiros também, relacionado ao consumo de antidepressivos, mas depois a todos os psicofármacos; e o grupo “Cymbalta Hurts Worse”, que é um dos grupos no Facebook, onde tem a maior incidência de grupos desse tipo.

E também o “Inner Compass Initiative”, que foi criado pela Laura Delano - o professor Paulo Amarante já trouxe a Laura algumas vezes aqui para o Seminário da Epidemia das Drogas Psiquiátricas -, que é a atual grande referência no movimento internacional de sobreviventes.

A dinâmica desses grupos é muito rica. As pessoas com vivências semelhantes compartilham desde estratégias práticas de fracionamento de doses - que são fundamentais para mitigar os sintomas de abstinência -, até recursos subjetivos de acolhimento mútuo, leituras críticas sobre diagnósticos. Nessa perspectiva da desdiagnosticação… Nessa perspectiva de construir outras narrativas para além do diagnóstico, sobre as suas próprias histórias, ressignificar as suas próprias histórias para além do diagnóstico.

Então, toda essa troca é facilitada por moderadores, que acumularam anos de experiência prática e ajudam a orientar os novos participantes sobre a desprescrição segura, muito antes de qualquer reconhecimento formal pela literatura médica, como eu posso demonstrar no próximo slide.

Aqui está um gráfico, publicado originalmente pelo pesquisador Mark Horowitz, que mostra o crescimento vertiginoso desses grupos na linha histórica de 2021 a 2025: um salto de 100 mil integrantes para 250 mil integrantes desses grupos em cinco anos. Também não vou me alongar aqui sobre a gestão autônoma da medicação, porque já foi falado aqui pela Luciana e também acho que por mais outro palestrante, e só quero destacar uma questão importante sobre a experiência da GAM no Brasil.

Porque ela contribuiu, produziu contribuições muito relevantes, mas eu demonstro na minha tese um embate político-epistemológico que ocorre no momento da implementação da Gestão Autônoma da Medicação no Brasil, que foi a retirada da segunda parte do guia GAM original, que dizia respeito à escolha dos usuários sobre a interrupção do tratamento medicamentoso, e que é algo central na versão canadense.

Então, o guia brasileiro apoia a cogestão, mas não oferece orientações práticas para quando o usuário decide - de forma informada, compartilhada - reduzir ou interromper o consumo dessas medicações. E os pesquisadores até tentaram, viu? Por várias vezes, mas não obtiveram financiamento.

E soma-se a isso o desafio da própria implementação: porque, apesar do seu potencial, a GAM ainda é subutilizada na nossa rede de atenção psicossocial, dependendo muito mais do voluntarismo de profissionais que conhecem a ferramenta do que de uma política pública institucionalizada de grande alcance.

Então, eu vejo isso como uma lacuna, e pode ser uma proposta que vou trazer, agora, para fechar a minha apresentação, [propostas] sobre uma agenda de enfrentamento à medicalização, pensada e a partir das contribuições do movimento de sobreviventes da psiquiatria.

Então, eu gostaria de encerrar propondo cinco eixos para uma agenda contemporânea de desmedicalização. O primeiro é: fortalecer alternativas desmedicalizantes de cuidado como os grupos de suporte de pares, o Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes, que também87 são grupos de pares, a Gestão Autônoma da Medicação, que tambémyt passa pelos grupos de pares, o Diálogo Aberto, que também é uma ferramenta muito potente e que evita o uso de medicamentos de forma banalizada.

O segundo é: rever a centralidade dos psicofármacos no cuidado em saúde mental. Isso não significa defender uma postura proibicionista ou abolicionista, mas promover o seu uso racional e reconhecer que eles não podem continuar ocupando o lugar de principal resposta ao sofrimento psíquico.

O terceiro [eixo] é: consolidar uma política de desprescrição gradual e segura. Isso significa incorporar estratégias de redução de danos também ao uso de psicofármacos. Reconhecendo que a redução e a retirada precisam ser planejadas, gradual, baseada em evidências e construída de forma compartilhada entre usuários e profissionais.

Nesse sentido, a retomada do projeto de tiras de dosagens reduzidas, encabeçada pela Camila Motta e pelo professor Fernando Freitas, seria também uma ótima iniciativa, porque a apresentação das drogas psiquiátricas, não facilita esse processo, já que são produzidas em doses fixas. E, aí, o usuário se vê realmente, tendo que ter técnica química, matemática para cortar, diluir… é uma parafernália para conseguir fazer esse processo sozinho.

O quarto eixo é: rever a centralidade do diagnóstico como condição para acessar cuidado e direitos. Eu vejo isso no futuro como um dos mais importantes. Porque, enquanto o diagnóstico permanecer como a principal porta de entrada para serviços, benefícios e proteção social, nós continuaremos produzindo incentivos institucionais à medicalização e à medicamentalização.

E, por fim, eu penso que precisamos radicalizar a inclusão social. A arte, a cultura e a economia solidária foram e continuam sendo fundamentais para a nossa reforma psiquiátrica brasileira. Então, trata-se de fortalecer essas iniciativas, mas pensar que elas não podem ser o horizonte máximo das expectativas de pessoas usuárias de serviços de saúde mental, que também podem querer ter acesso à universidade, a um outro tipo de trabalho qualificado, à pesquisa, à participação política, ao esporte, ao lazer, e a qualquer outro projeto de vida que desejem construir.

Essa agenda nos obriga a fazer uma diferenciação conceitual e política que eu considero central: desmedicar ou desmedicamentalizar e desmedicalizar não são

sinônimos. Desmedicar diz respeito, sobretudo, à redução da farmacologização do sofrimento, retirar a centralidade dos psicofármacos, como já falei.

Mas desmedicalizar significa, antes de tudo, repolitizar o sofrimento. É um projeto societário muito mais amplo. Significa deslocar a centralidade do modelo biomédico para compreender o sofrimento psíquico a partir dos seus determinantes sociais. Significa reconhecer que as violências de gênero, as opressões de raça, a precariedade do trabalho, a falta de moradia - e outros desafios contemporâneos relacionados a uso de tela, as bets -, não são tratáveis com um diagnóstico ou um comprimido.

E, se quisermos construir uma política efetivamente desmedicalizante, precisamos transformar não apenas o que fazemos, o uso que fazemos dos psicofármacos, mas a forma como compreendemos o sofrimento, organizamos o cuidado e formulamos políticas, [para] que transcendam essa dimensão, para outra, com foco na prevenção do sofrimento e na promoção da saúde e bem-estar.

Eu não poderia deixar de encerrar essa fala aqui, nesse auditório, que é a primeira vez que eu piso, sem evocar a memória e o legado do nosso querido e sempre presente Fernando Freitas, a quem eu dediquei a minha tese, e a quem eu também quero evocar essa memória, porque, para mim, o Fernando não é apenas uma grande referência teórica.

Ele, no seu exato último ano de vida, enquanto ele próprio enfrentava um problema grave de saúde, me estendeu à mão em um dos momentos mais difíceis da minha vida. Então, a nossa amizade, embora não tenhamos nos conhecido pessoalmente, ela nasceu, se fortaleceu durante um ano, justamente na interlocução sobre a nossa inquietação acadêmica sobre esse assunto.

Eu tenho certeza que ele gostaria muito de estar aqui presente hoje. Enfim, e foi a partir das sementes plantadas também por ele, pelo Paulo Amarante, em projetos como o Mad In Brasil, os Seminários da Epidemia das Drogas Psiquiátricas, que eu acabei me enveredando na minha pesquisa para o tema da desmedicalização, e também radicalizei o sujeito político que habita em mim.

Então, eu dedico a nossa caminhada aqui a ele, para seguir tensionando o modelo biomédico, validando o saber experiencial, construindo alternativas. Acho que é uma forma de manter viva a sua chama e honrar a sua história.

Então, Fernando Freitas, presente! Muito obrigada.

**LUCAS GONÇALVES**

Bom, então, diante das possibilidades apresentadas pela mesa da construção desses territórios desmedicalizados ou desmedicalizantes, e também das propostas para essa agenda de política pública, nós vamos abrir dois blocos de perguntas, de três perguntas por bloco.

Então, quem está aqui no auditório, se deseja contribuir com algum apontamento, ou alguma questão, é só levantar a mão e, por favor, se identifique, levante-se, se possível, se identifique para a questão.

Já tem três inscrições aqui, e eu abro depois para o próximo bloco.

**HOLMES MARTINS**

Parabéns à mesa, eu vou ser breve. Meu nome é Holmes, sou psiquiatra e pediatra. Sobre o TOD, o diagnóstico TOD apareceu algumas vezes, né? E sempre que esse diagnóstico chega até a mim colado em uma criança, ele vem com uma etiqueta e vem para mim: “ó, cola você”, e eu não colo.

Depois de conversar com a criança e ver, eu não colo. A pergunta é: não seria um caso de Ministério Público, o TOD? Eu estou dando um passo além na discussão, porque o TOD é uma violência, em que se tenta convocar um profissional de saúde para colar na criança. E o que eu vejo, uma criança “opositora-desafiante”, porque não contestar?

Eu vim para cá, hoje, e me veio o “Walden”, do Henry David Thoreau. Quando ele escreveu esse livro, ele passou dois anos no campo. Tinha três cadeiras na casa dele, na mata. Uma para a solidão, para ele. A outra, para as pessoas do ciclo próximo, e a outra para a sociedade, que é onde a gente está sentado hoje.

Mas ele tem um outro livro chamado “Desobediência Civil”. Então, quem leu Thoreau nunca vai fazer um diagnóstico de TOD, ou, pelo menos, vai tentar fazer e não vai conseguir. Existem várias outras variáveis que vão dizer por que essa criança está gritando. Então, uma criança que chega para mim com a etiqueta do TOD eu vejo que ela está gritando por socorro. E é uma criança que não vai voltar no consultório, porque ela depende dos adultos a quem eu vou contestar colar essa etiqueta [do TOD].

Então, hoje eu vejo esse diagnóstico do TOD, hoje, na data de hoje, como a hipótese de ser uma violência, e que seja algo do Ministério Público: não deveria existir este nome e diagnóstico. É uma hipótese, tá? Não estou afirmando nada, estou colocando como hipótese. Caso se confirme, como é que a gente pode conviver com essa possibilidade de poder colar [essa etiqueta] em qualquer criança?

Semana passada, uma pessoa contou sobre a tia dela: com cinco anos de idade ela foi internada porque a mãe não aguentava ver essa criança chorando. Isso foi na década de 70. Morreu no hospício, não é?

Não existia ainda o nome diagnóstico TOD, hoje existe.

**IRACEMA POLIDORO**

Boa tarde. Parabéns à mesa. Eu acho que foi um dia muito produtivo sobre medicalização. Agora, a minha pergunta é mais para o Leo: Leo, é lindo o seu projeto, agora não sei se a gente pode fazer uma proposta para a gente fazer um projeto para atender os CAPSis. Porque você leva os palhaços, e as crianças quase não têm atividade nenhuma.

Então, eu faço essa proposta a você, porque é um projeto bacana, principalmente para os CAPSis, que são vários aqui, e para levar a eles um pouco da alegria, para aquela mãe que está ali, para o profissional, chegando ali com esses palhaços, lindos e maravilhosos, e trazendo muita paz, porque nem tudo é medicação. A medicação é o lazer, é o carinho, é o acolhimento: isso é medicação. Porque não adianta você tomar só a medicação. Sem isso, você vai só adoecer. Parabéns, parabéns a todos vocês.

**PARTICIPANTE ALAN**

Boa tarde. Me chamo Alan, sou psicólogo, trabalho na esfera privada, na área clínica e também dentro de políticas públicas da saúde. Queria me dirigir especialmente à Cláudia, mas é um tema levado pela mesa.

Então, quando você fala da questão do diagnóstico de autismo no campo da infância, eu percebo isso muito também com os adultos. Trabalho há muitos anos na área e me assusta a quantidade de pessoas que tem surgido se autointitulando autistas.

Muitas vezes pessoas com quem a gente já vem fazendo um trabalho há um tempo, e, do nada, vem o autismo, o autismo aparece como uma questão. E, de fato, tenho percebido não mais enquanto dúvida: "será que sou?". Não: "eu sou, e o que vamos fazer a partir disso?".

A minha questão é que - além de um lugar de uma resistência crítica diante disso -, enfim, de um posicionamento crítico, eu fico pensando como também é uma questão epistemológica de trazer essa questão a partir de outros olhares.

Não só no sentido de se posicionar criticamente, no sentido da própria militância, mas a minha questão é: como fazer circular também outras formas de ler esse fenômeno? E aí eu fico pensando: o CID 11 está vindo por aí, e a gente vai enfraquecendo cada vez mais as possibilidades de se enxergar esse fenômeno por uma outra ótica.

E a minha questão é: de que forma a gente pode fazer circular mais outras leituras, outras epistemologias sobre essa questão?

**LUCAS GONÇALVES**

Encerrando agora esse primeiro bloco. Então está aberto à mesa para a resposta.

**REINALDO LIMA**

Eu vou comentar a pergunta do Holmes a partir da experiência que a gente vive lá no município de Areal. Em 2022, o TOD… Era uma enxurrada de laudos sobre isso. Eu vou chegar na questão do Ministério Público, e também como é um desafio muito grande, como o Ministério Público lê hoje esses diagnósticos. Ele está muito mais, pelo menos o da minha região, ele está muito mais fazendo a leitura a partir do diagnóstico em si. Eu respondo uma média de dois ofícios do MP por semana no município, ou oriento a resposta.

Então, tem esse lado. O MP, hoje, vai pela questão de que tem um laudo médico, e o laudo médico é a fala douta, e aí tem um peso muito grande. Agora, eu vou trazer para você o TOD na escola. Nesses últimos anos, praticamente não se chega com o laudo. Até chega, às vezes, mas isso se dilui. Dilui por dois motivos: primeiro, pela questão dialógica. Porque o que a gente percebe é que essa grande incidência de laudos de TOD - igual você diz, que a criança grita por socorro -, são corpos que são aprisionados na escola, de controle do corpo.

Depois da pandemia o que a gente percebe é que houve uma retomada… Eu costumo brincar que parece que a gente tá na década de 70, quando eu fui criança numa escola, em uma década que era mecanicista, que tinha o tecnicismo. Então, parece que a gente voltou no tempo. Eu falo isso muito com os professores quando eu vou fazer formação. Esse controle do corpo se dá desde a creche, com várias atividades motoras, com o álibi de que são atividades de controle motor, desenvolvimento motor - mas que não são - , pontilhados, desenhos para pintar… Filas, em que as crianças de dois aninhos têm que sair, todos ali, um atrás do outro. Há muitas redes retirando o espaço do recreio, de brincar.

Então, assim, há um controle, isso é fato. Há um controle do corpo muito grande na escola. E aí, em um lugar em que o ser humano está sendo controlado, que o corpo dele está sendo aprisionado, ele vai se rebelar. E aí, encontra com essa questão do TOD. Como é que acontece?

Como a gente trabalha com essa relação dialógica com os laudos, a maioria deles se dissipa. Dissipa como? Aquela criança, a partir de uma relação dialógica, em que ela se insere, toda aquela questão que eles, os defensores do diagnóstico de TOD trazem, do

“opositor”, de se rebelar contra a estrutura, aquela coisa toda, a gente sente que simplesmente se dissipa.

A questão do Ministério Público, de levar isso como uma violência é uma questão de quem vai comprar essa briga, né? Que município vai, por exemplo, levar isso em frente. Eu acho superlegal, mas aí precisaria de um suporte intersetorial. Por exemplo, tinha que ter um suporte de todos aqui para a gente mostrar para o Ministério Público que o laudo é um elemento, mas tem a questão da escola. E eu estou te falando isso por conta da maneira como o Ministério Público lê a escola hoje em dia. Não sei se eu consegui te responder.

**CECÍLIA COLLARES**

Eu acho que existe também um problema político nessas questões. Por exemplo, nós fizemos - a Cida deve ter apresentado para vocês -, o protocolo da prefeitura de Campinas a respeito dos medicamentos para a TDAH, ela apresentou aqui.

Nós conseguimos levar isso para o Recife, foi aprovado em todas as instâncias políticas de Recife, foi tudo organizado e nos chamaram para poder inaugurar o início dos protocolos nas escolas, na prefeitura da cidade de Recife. Na hora, foi desmanchado totalmente. Nós chegamos lá, não tinha nada para assinar, foi muito confusa a situação. Como faz muitos anos, eu não me lembro com grandes detalhes, mas eu me lembro que foi um banho de água fria, inclusive no grupo da psicologia e da educação que estavam trabalhando com muito afinco a respeito disso.

E por quê? Porque houve um movimento violento dos psiquiatras e neurologistas da cidade de Recife. Foi uma coisa violentíssima. Vinha havendo há bastante tempo, desde que a gente estava começando com o pessoal de lá, da prefeitura. Eles estavam implantando, querendo, conversando, fizeram as reuniões, etc. E, quando estava tudo pronto, de repente, foi desmanchado. Porque, nesse sentido, todos esses profissionais, e, principalmente, alguns de grande renome na cidade, conseguiram derrubar junto à prefeitura, e não aconteceu.

E todo o trabalho que eles tiveram durante meses no Recife foi desmanchado, e que era simplesmente para organizar. Não era para podar, não era para proibir.

Era simplesmente para reorganizar de uma forma mais racional e decente o envio de remédio para esses diagnósticos. Só nesse primeiro passo, já foi desmanchado. E Campinas continua, mas a Cida já deve ter contado isso para vocês de manhã. Continua, porém, com algumas ressalvas importantes, né? Porque foi feito lá para o do TDAH e o uso da Ritalina.

Então, muitos dos médicos mudaram a medicação. Então, não dão uma Ritalina, mas dão um outro qualquer, que é tão mal e tão mal aceito para o organismo das crianças como a Ritalina.

Então, é uma coisa difícil, porque a guerra é muito maior do que aparece. A guerra na escola é menor do que a guerra política e a guerra dos guetos profissionais, que é muito difícil. Mas, eu acho que é possível. Se consegue ir penetrando, não tem como… Porque tem que quebrar isso um dia, porque só faz maior para a população, e acho que você tem razão quando você fala: “tem que partir do usuário”. É isso mesmo.

Quando começar esse movimento dos usuários e das famílias dos usuários que estão vendo que não vai dar certo, e que só piora a situação, talvez exista uma modificação. Obrigada.

**CLAUDIA GOMES**

Então, Alan, como é que eu penso? Em relação ao TEA: esse diagnóstico tem uma problemática um pouco diferente do TDAH, porque ele surge justamente com uma política de direitos também. Uma série de direitos foram sendo associados ao diagnóstico do TEA. Então, isso criou uma série de dificuldades, inclusive, nessa discussão do que é esse diagnóstico, de como ele foi construído.

Então, o que a gente tem percebido? Nos cursos de formação que a gente dá para professores, e são muitos, e até mesmo nas disciplinas que a gente leciona na faculdade, enfim, nos eventos, as pessoas até entendem a possibilidade de pensar as infâncias a partir de uma outra ótica. Porém, quando elas despertam para a ideia de que, se elas

entenderem essa narrativa de forma diferente, elas podem perder alguns direitos... Então, só citando aqui um exemplo na prefeitura de Juiz de Fora, uma cidade de Minas Gerais: o professor que tem um aluno laudado na sua sala de aula tem 20% de aumento no seu salário. Então, vocês imaginem a dificuldade que é, por exemplo, para um professor abrir mão de 20% de aumento no seu salário. Quando a gente olha para propostas, quando a gente olha para experiências como do Reinaldo… Com certeza na escola do Reinaldo chegaram alguns laudos de TEA.

Mas, pensar em uma perspectiva diferente para essas crianças, olhar para o desenvolvimento dessas crianças de uma outra forma, entender outras possibilidades de desenvolvimento para essas crianças, pode ser uma estratégia importante. É por isso que uma das questões importantes seria uma busca ativa por experiências que dão certo no sentido de uma escola desmedicalizada. Eu acho que a gente tem que ir além, eu acho que a gente tem que apostar em uma política para uma escola desmedicalizada.

Você perguntou: “como é que a gente faz para que essas outras possibilidades sejam compartilhadas?”. Quando a gente olha para essas experiências, como para a escola que o Reinaldo orienta, que hoje está se tornando uma política pública deste município.

A ideia não é se essa criança tem ou não o diagnóstico de TEA, não é só isso - porque desconstruir isso é algo que vai exigir da gente todas essas sensibilidades que a gente já falou aqui -, mas o que essa criança pode trazer para além desse diagnóstico. E uma escola que traz uma outra concepção de infância e de educação pode mostrar isso para a gente, viu?

**LEO SALO**

Obrigado pela fala, Iracema. Eu vou aproveitar pra dar uma resposta, que seria simplesmente um sim.

Vou aproveitar aqui o fórum para dizer que o coletivo Experimentalismo Brabo só conseguiu atuar nesses treze anos que completa agora em 2026, muito pelo apoio da Fundação Oswaldo Cruz. Então, queria aproveitar para fazer o registro. Algumas figuras importantes, embora seja sempre difícil, porque a gente sempre acaba esquecendo algum,

né? Mas a gente tem figuras como o Alessandro Machado do Museu da Vida, que apoiou demais o projeto, a gente teve muito apoio da ASFOC, através do Paulinho, através da Michele, e, um pouco mais atrás, do Alcimar. Um apoio fundamental também do LAPS, do professor Paulo Amarante também, que apoia bastante nossas atividades, dá espaço, divulga. O Pase aqui também, o professor Carlos Bizarro, não podemos esquecer. É horrível, né? A gente acaba sempre esquecendo alguém.

E, financeiramente, até então, até esse ano, a gente consegue atuar com recursos da cultura. Até então, a gente tinha unicamente esse olhar do nosso projeto enquanto projeto de arte e cultura. Desde o ano passado, com essa aproximação da Universidade Federal Fluminense, através do Instituto - não de Arte -, mas de Saúde Coletiva, a gente começa a fazer um pouco mais esses links, apesar de já termos feito trabalho numa ILPI (Instituição de Longa Permanência para Idosos)  um pouco antes.

Então, a gente está com essa formação voltada para os alunos, do AFIRMASUS, na Universidade Federal Fluminense, e a gente já tem ali algumas conversas. A gente teve um convite para fazer essa mesma formação que a gente está fazendo - piloto, com os alunos da Universidade Federal Fluminense -, com o Centro de Convivência, lá em Niterói, o Centro de Convivência Dona Ivone Lara, com as pessoas que trabalham no Centro de Convivência.

A gente tem uma relação com a AFAPNIT, que é a associação das pessoas com fibromialgia, amigos e parentes de Niterói, também no sentido de criar alguma coisa que, digamos, traduz um pouco do sofrimento de dor crônica e fadiga crônica, que dificilmente a gente consegue visualizar em exames, e depende da boa vontade do médico de acreditar no paciente e validar aquela informação.

Então, como é que a gente faz uma cocriação artística para falar sobre esses problemas, que não são, digamos, muito fáceis de ser ditos? Como: o que é uma dor? O que é uma fadiga? Isso, com arte, através de metáforas, a gente consegue facilitar um pouco esse meio de campo da atenção primária com as pessoas com fibromialgia de Niterói.

E fiz essa volta toda para dizer que, sim, interessa bastante esse diálogo, e estamos abertos para isso, com uma vontade verdadeira de contribuir. Com certeza. Obrigado.

**LUCAS GONÇALVES**

Antes de nós passarmos ao segundo bloco, gostaria de mencionar a presença do professor Marco Menezes, que é diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da ENSP aqui da Fiocruz, e queria convidá-lo também para uma saudação, se possível.

**MARCO MENEZES**

Boa tarde a todas, todos e todes. Vou fazer uma breve audiodescrição. Eu sou um homem branco, de cabelo preto liso. Estou vestindo uma blusa marrom, com um blazer cinza por cima. Usando aqui o pin da Fiocruz, o outro pin do Zé Gotinha, caracterizado como pessoa que usa cadeira de rodas.

Então, quero cumprimentar aqui a mesa, cumprimentar a todos, todas e todes que estão aqui presentes, quem está nos acompanhando. Dizer que é uma honra, professor Paulo Amarante, estar aqui em mais um evento que vocês organizam.

Cumprimentar também a Ana Paula Guljor, aqui do nosso LAPS, coordenadora do LAPS. Toda a equipe que faz esse grande trabalho aqui em nome da nossa escola, em nome dos SUS, porque aqui nós somos SUS.

Então, esse seminário que fala da medicalização da vida é muito importante pela agenda que vocês estão construindo. Hoje, de manhã, eu não pude estar aqui presente, perdi a mesa de abertura. Eu estava em um evento, porque, vocês todos estão acompanhando, mas a nossa Fiocruz está em um momento de grande debate com a sociedade sobre o reposicionamento institucional da nossa instituição.

É uma instituição que se coloca como instituição pública do Estado brasileiro, e está num grande sobre como se reposicionar, do ponto de vista organizacional, jurídico, no debate com a sociedade, com o governo. E, justamente, esse reposicionamento de uma instituição pública e estratégica de Estado, como nós entendemos, passa por construir a sua agenda institucional, justamente num fórum como esse, que é um debate da academia, da ciência e, principalmente, com a sociedade, com os movimentos.

Então, quero parabenizar porque, eu não estava aqui de manhã, mas o evento que está acontecendo justamente reforça esse nosso posicionamento do que é ser uma instituição pública e estratégica de Estado. E, principalmente, esse seminário, que vai falar em um ano tão importante para nós, falando de políticas públicas também, falando do nosso SUS, que a gente precisa defender mais do que nunca, principalmente em um ano de eleição.

Então, falar desse processo todo que vai envolver certamente um debate - não é, Professor Paulo? -, da formação, e para a gente é muito importante.

Então, desejo um excelente trabalho nesses dois dias, que já está sendo, pelo que eu soube, na parte da manhã, e que, de fato, essas contribuições influenciem os rumo do processo formativo, que é um papel importante, fundamental da nossa escola e da Fiocruz, mas também para todo o SUS.

Então, parabéns e muito obrigado, sejam todas, todos e todes bem-vindos.

**LUCAS GONÇALVES**

Então, dando continuidade às questões, ao bloco, vamos iniciar com a Laura, o Eduardo e a Isys.

**PARTICIPANTE LAURA**

Boa tarde. Meu nome é Laura, sou Médica de Família e Comunidade aqui no Rio de Janeiro, e estou me especializando em saúde mental. Mas, para além disso, eu queria trazer bem brevemente uma questão, acho que transversal para toda a mesa. Acho que também, em relação ao que foi falado de manhã, e que provavelmente vai seguir no pano de fundo da discussão...

Mas, assim, em qualquer serviço de saúde, a gente parte do cuidado possível: do que é possível se fazer nas contradições em que se está inserido, tanto enquanto serviço, quanto enquanto usuários, enfim. E a medicalização não está dissociada desse processo contraditório.

E, aí, o Reinaldo, especificamente, traz muito da experiência escolar, e, como trabalhadora da atenção primária, eu estou muito próxima do espaço escolar, da conjuntura do ensino público, e em diálogo com esses trabalhadores, frente a essa necessidade trazida por esses diagnósticos. E, ainda que não do diagnóstico, quando existe já um avanço desse debate, porque existe - existe um pensamento crítico por parte, principalmente dos trabalhadores da educação -, esse pensamento crítico existe, mas, muitas vezes, esse diagnóstico é o recurso para manejar uma precarização extrema de um contexto de trabalho insustentável.

Então, assim como no domicílio, às vezes o diagnóstico é uma forma de acessar direitos para uma família que já é desprovida de todos os outros direitos. O Estado falhou repetida e paulatinamente ao longo de toda a vida dessa família. E, aí, o diagnóstico dessa criança, associado a uma medicação, ele é um remédio. Ele é visto por essa família quase como uma reparação de todas essas falhas sucessivas que aconteceram. E aí, pensando nisso, eu me pergunto se é possível a gente falar sobre desmedicalização e sobre formação profissional sem falar sobre organização desses trabalhadores. Sobre a luta pela mudança desse modo de produção, objetivamente.

Porque, com a experiência que eu tenho, eu percebo não ter muito para onde ir, em uma educação para a formação de uma massa de trabalhadores precarizados, para uma saúde que se propõe a manter saudáveis as pessoas para que produzam, e doentes o suficiente para que não se organizem. Então, acho que a gente não tem que não fazer dada a contradição, exatamente por isso a gente tem que fazer. Mas eu penso que parte dessa agenda precisa também ser a organização dos trabalhadores, dos trabalhadores, tanto da educação quanto da saúde.

**ENZO ALLEVATO**

Foi pedido que a gente repercutisse algumas intervenções que foram feitas pela transmissão pelo Youtube, então eu vou fazer isso bem brevemente. A Luciana Jaramillo comentou, durante a palestra da professora Cecília: “Desmedicalizar a escola também significa instituir seu lugar na operacionalização do cuidado e o reconhecimento da

potência de suas intervenções pedagógicas e educativas". A Luísa Villas-Boas comentou: "o ECA, Estatuto da Criança e do Adolescente, precisa proteger as crianças da medicalização". E, por fim, a Marina comentou: "uma agenda importante, conforme colocado, é a retomada da função da escola, se autorizar e se qualificar para a sua própria função, que, como bem disse a professora Cecília, passou a fazer diagnósticos".

Então, agora vou passar a palavra ao Eduardo e à Isys, não é?

**EDUARDO VASCONCELOS**

Sou Eduardo Vasconcelos, antigo militante antimanicomial. Eu queria só comentar com vocês, se vocês não viram uma reportagem menos de um ano atrás, falando de vídeos de chá revelação de condições neurológicas, de TEA, e de hiperatividade, ou seja, as pessoas celebrando, fazendo festa: "conquistei meu laudo de autista ou de TDAH". Então, é só pra gente ver... E que isso vai para as redes sociais. Então é uma reportagem do O Globo, de setembro. Eu queria parabenizar a mesa, gostei muito da fala da Letícia falando do movimento de sobreviventes de psiquiatria.

A gente tem trabalhado muito dando suporte às articulações brasileiras aqui do movimento de pessoas usuárias e familiares. Tem duas nacionais que é o NEMLA e o MONULA oficial, que é mais centrado nos usuários, e o que a gente chama de CONALIVRE USUFAM, de Conferência Nacional Livre, que realizou duas conferências. Eles estão batalhando, não sei se vocês sabem, por duas reivindicações importantes. Uma é de um comitê interministerial para representação de pessoas usuárias e familiares, representando associações, movimentos, como um conselho, para discutir a política de saúde mental. O Ministério já assumiu essa proposta e já soltou uma portaria criando um GT que vai ser formado daqui a pouco. Então, é uma luta importante, já vem de três anos.

E a outra reivindicação é um programa federal de suporte de pares. A gente já tem uma experiência aqui no Rio de Janeiro de 14 anos, de experimentar isso. São lideranças de usuários e familiares que são contratados pela rede saúde mental para formar grupos de ajuda mútua e várias atividades dentro aqui da rede saúde mental.

E também o Ministério já sinalizou que quer implementar pelo menos um edital para implementar em alguns municípios, talvez para que os municípios pudessem se inscrever para receber um programa piloto. Então, vão na linha desse protagonismo das pessoas usuárias familiares.

E eu queria só perguntar à Letícia: como é que você vê a perspectiva de uma organização própria dos sobreviventes da psiquiatria aqui no Brasil? Você falou mais da experiência internacional, queria saber como é que você vê essas perspectivas aqui no Brasil, seria uma perspectiva interessante.

**PARTICIPANTE ISYS**

Boa tarde. Eu sou Isys, sou estudante de psicologia na UFRJ. Me interesso muito por esses temas e estudos da medicalização, da desmedicalização, e, para mim, é uma honra estar tendo essa grande aula aqui, com figuras tão importantes.

Eu tenho duas perguntas: uma é em relação ao Leo, porque ele trouxe isso do palhaço como uma escolha ética, achei muito interessante nessa construção de uma ferramenta de escuta. E eu fiquei pensando que o palhaço, ao menos a mim, remete a essa figura que faz rir e que ri junto.

E eu fiquei pensando: como é que é, nessa escuta que vocês fazem, receber relatos, por exemplo, que passam por violência? Que passam, às vezes, por vivências muito difíceis, relacionadas do território também, pelo que vocês trouxeram. Como é que é receber isso, em uma figura ali que também pode fazer rir? Porque, às vezes, o riso também pode vir como uma defesa, mas fiquei imaginando que talvez nesse caso possa vir também como uma estratégia.

E minha outra pergunta é pensando em relação à automedicação, porque acho que a mesa trouxe de uma forma muito bem colocada sobre a escola, sobre crianças que estão sendo medicadas desde cedo. Mas eu fico pensando também: como a gente faz quando a automedicação aparece, por exemplo, em estudantes universitários? Porque eles veem na medicação uma única saída para passar a noite estudando ou até mesmo para dormir e sustentar a rotina dos dias seguintes de trabalho e estudo. Como a gente desloca esse

binômio transtorno-medicação quando isso vem muito marcado na fala do sujeito em sofrimento? Obrigada.

**LUCAS GONÇALVES**

Então, está aberto à mesa para construir as respostas.

**LETÍCIA DO AMARAL**

Bom, eu agradeço ao professor Eduardo, pelas colocações. Vou responder diretamente ao seu questionamento sobre o movimento de sobreviventes da psiquiatria no Brasil. Eu penso que há algumas contradições internas ao movimento, pensando de forma mais geral. O movimento de usuários, ex-usuários de serviços de saúde mental no Brasil, o movimento de sobreviventes da psiquiatria, ele tem um posicionamento epistemológico um pouco mais radical em relação à medicalização da vida.

Então, há um questionamento dos diagnósticos, há um questionamento mais radical em relação à banalização da prescrição e consumo de psicofármacos, pelas próprias vivências que esses usuários passaram. Então, existe uma certa tensão... E não diria tensão, porque eu acho que é muito importante quando a gente fala aqui de movimento de usuários e estabelecimento de parcerias, já que somos minorias. Mas, pelo que eu estudei também nos últimos anos a respeito desses movimentos, no Brasil, os movimentos de usuários e familiares ainda orbitam na lógica medicalizante, no sentido de ainda aceitar a doença mental como algo posto, a nosologia psiquiátrica como algo já naturalizado. Então, existe uma diferença, mesmo, de posicionamento epistemológico, entre um grupo de pessoas que aceitam as categorias diagnósticas e reclamam por mais medicamentos psiquiátricos. O que, de todo modo, a gente não questiona, é a identidade de cada movimento, porém, há essa distinção do movimento de sobrevivência da

psiquiatria se posicionar de forma a radicalizar um pouco a crítica aos serviços de saúde mental, ao sistema de saúde mental como um todo.

Pensando, inclusive, a medicalização, a medicamentalização, que não é algo que eu vejo - e que a gente até conversou há pouco -, mas que está começando a ser debatido, essa reflexão está começando a entrar na crítica do MONULA, por exemplo: questionando: “pô, mas nós estamos aqui super dopados”.

Então, eu acho que é algo que, inclusive, está entrando na pauta dos movimentos de usuários atualmente, essa problemática. Mas, é isso, a sociedade é dinâmica, os movimentos sociais também, e são novas questões, novas problemáticas que estão aparecendo. Afinal, só agora nós temos usuários de longo termo de 10, 20 anos usando essas drogas, então, esses danos iatrogênicos ficam mais evidentes pelo uso de longo termo. Bom, eu penso que é isso. Mas é um movimento que ainda está se construindo coletivamente, ainda há uma tentativa de se criar um estatuto, enfim.

Acho que é um movimento que ainda está começando e que pretende formar parcerias para se unir na luta.

**CECÍLIA COLLARES**

Eu gostaria de dar um palpitinho nesse assunto, porque você falou também de um grupo que está se formando, de entidades, de conselhos para fazer essa discussão. Porque é o seguinte: se nesse grupo forem chamadas as entidades que trabalham com o TDAH ou TOD - porque existem entidades que trabalham com isso, e que são diretamente ligadas à indústria farmacêutica.

Se elas entrarem nisso, acabou. Porque a indústria farmacêutica é uma indústria que... Nós não falamos nisso aqui, mas, um dos primeiros fatores para minimizar a questão da patologização, a gente está esclarecendo a respeito do que acontece na indústria farmacêutica, que é a segunda maior indústria em termos de dinheiro do Brasil. Então, a indústria farmacêutica ataca demais todas essas nossas questões, com muito dinheiro e com muito poder. Eu acho que seria preciso a gente esclarecer um pouco

melhor essas entidades e a força política que elas têm. Se fizermos uma entidade em que elas participem, o jogo praticamente termina. Obrigada.

**REINALDO LIMA**

Laura, vou tentar te responder rapidinho. Isso é uma realidade muito grande. A perspectiva que a gente trabalha lá no município - tenho que deixar bem claro que é um processo ainda - é a partir da criança, sempre a partir da criança. Mas, quando eu falo isso, não é que só a criança é o importante. É, a partir da criança, de uma escola, que se vai trabalhando de uma outra maneira, a gente vai chegar no ponto, a gente já está exatamente nesse momento.

Qual é o ponto, nesse momento? O ponto é que eu sento com a Secretária de Educação e faço uma série de demandas relacionadas à estrutura da escola, a esse trabalho com as professoras, a essa precarização. Então, esse talvez seja o momento mais difícil, até. É a fase mais difícil, porque eu tenho que mostrar a cada momento que… E, na outra ponta, que são elas, a gente faz uma análise de conjuntura o tempo todo.

Por exemplo, elas são pressionadas hoje por avaliações externas, porque hoje a gente vive em uma sociedade do desempenho. Eu estava falando com o Lucas que eu trabalho muito o Byung Chul-Han com elas, por conta disso: para elas entenderem que existe essa sociedade, que ela pressiona. E, aí, a gente senta nesse espaço que é a escola e vamos pensar como que a gente vai ajudar. Então, é uma coisa que eu sempre falo com elas: toda essa discussão é também para aliviar o trabalho. Sempre uso a palavra aliviar, porque ela tem… Eu gosto muito dessa questão das palavras, tem uma conotação que vai chegar nela, então é uma questão de confiança também.

E é uma luta, é uma militância, porque a gente mostra: “olha, a escola está desse jeito, já eliminamos uma série de problemas, mas nós precisamos disso…”. É uma luta diária, é uma tentativa. Não sei se eu consegui te responder.

**LEO SALO**

Rapidamente, te respondendo. Obrigado, primeiro, pela pergunta. Tentando ser o mais sucinto possível, você tem três caminhos: ou você vai brincar junto, rindo da própria desgraça - realmente junto ali, compartilhando e sendo cúmplice daquela questão; ou você vai simplesmente escutar e dar um abraço na pessoa - você não vai, ali, ter uma questão de performance, só vai emprestar seus ouvidos para a pessoa; ou você vai tirar o nariz, e, não mais como artista, você vai ali fazer a intervenção que seja necessária. Você tem esses três caminhos, e é justamente por questões como a que você colocou que a gente identifica que esse tipo de questão, por exemplo, não necessariamente vai aparecer nos espetáculos que a gente faz. Mas é uma aposta nossa, e agora também da Universidade Federal Fluminense, que pode ser bastante interessante para apoiar as relações de cuidado no âmbito da atenção primária em saúde.

**LUCAS GONÇALVES**

Obrigado, Leo. Bom, como nós estamos presos à temporalidade cronológica, nós teremos que findar a mesa. Mas eu queria agradecer à Cecília, agradecer ao Leo, agradecer ao Reinaldo, agradecer à Cláudia, à Letícia, pelos trabalhos realizados aqui. Então, acho que nada mais justo do que palmas para a mesa, e eu queria dizer que o seminário continua amanhã.

## MESA

*“Arte-cultura e economia solidária como dispositivo de ressignificação da vida”*

**KAYKY AVRAHAM**

Estar nessa mesa hoje de arte-cultura e economia solidária como o dispositivo de ressignificação da vida, do Projeto Desmedica tem um significado profundo para mim. Eu me apresento antes de tudo como uma pessoa militante da luta antimanicomial, mas me apresento também como curador e cineasta. Estar aqui ocupando esse espaço de fala, é prova viva de que a cultura e arte não são meros adereços. São de fato ferramentas brutas de conquista de cidadania e transformação social. Essa construção não começou hoje, ao longo dos anos tenho o privilégio de estudar saúde mental e audiovisual através da curadoria do cine-debate da ABRASME. Essa linha poética e política que cruzou o Brasil e passamos por São Paulo, Rio de Janeiro, Belém, Juiz de Fora e Vitória. O cinema é para nós funciona como um catalisador de debates que a clínica tradicional muitas vezes não alcança. Falar em economia solidária e cultura é falar de autonomia.

Em 2025 tive a honra de realizar o Prêmio Bispo do Rosário junto ao Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, um marco do reconhecimento da arte produzida na interação com a saúde mental, e o trabalho continua, mesmo sendo gestando a curadoria do Prêmio de 2027 em São Paulo. Essa mesma força da palavra e da imagem levei para Flipoços em Minas Gerais, onde estive na organização de 2025 com a Mesa Nise da Silveira, agora em 2026 com a Mesa Bispo do Rosário, e já planeja a curadoria de 2027, que terá como provocação central O Alienista de Machado de Assis, provocação mais atual impossível. Agora em outubro, eu irei realizar uma ação em parceria com a ABRASME, a Mostra de Cinema no Espaço do Rio de Janeiro em comemoração ao Dia Mundial da Saúde Mental. Eu sintonizo com a campanha de cultura Mais Saúde, e estou aqui para somar. Aproveitando esse espaço político do Projeto Desmedica, para compartilhar uma novidade de outros importantes compromissos que assumo com muita

responsabilidade. Estou na construção da Mostra de Cinema da Conferência Nacional de Saúde de Brasília e do Seminário de Direitos Humanos e Saúde Mental de Cuiabá.

São espaços de trincheira para garantirmos que a nossa arte seja vista como direito, economia real e emancipação. Muitos podem se perguntar como tudo isso se conecta. Além de transitar pelo universo da cultura de saúde, eu também atuo no mercado de dados. Trabalho como pesquisador em uma multinacional como o Ibope. Olhar para números, para a audiência e para o comportamento social me dá ainda mais certeza que a subjetividade não se enquadra, não silencia. Se a economia solidária busca alternativas ao sistema que adoece e exclui, a arte é combustível que nos desenvolve o direito a sonhar e criar. Estamos aqui hoje, com toda essa bagagem, é para dizer que o diagnóstico não nos define o teto, diante de cada barreira, cada estigma, e a resposta que dou é o meu trabalho, minha criação, minha coletividade, afinal de contas, companheiros e companheiras, eu faço da minha dificuldade uma revolução. Muito obrigado.

Agora vamos apresentar a mesa. Cris Lopes, idealizadora dos Centros de Convivências e Cooperativa de São Paulo, Coordenadora Artística do Coral Cênico Cidadãos Cantantes. Ariadne Mendes, Coordenadora de Promoção de Saúde e Cultura do Instituto Municipal Nise da Silveira, Fundadora e Coordenadora do Bloco Carnavalesco Loucura Suburbana, Ponto de Cultura, Loucura Suburbana, Engenho de Dentro de Folia. A Rogéria Barbosa, artista e escritora, militante da luta antimanicomial, professora infantil e Presidente de Honra do Bloco Zona Mental, está lançando neste Seminário seu segundo livro, Versos de Resistência. E Alexandre Wanderley, co-fundador do Ponto de Cultura, Tá Pirando, Pirado, Pirou, arte e cidadania. Bem-vindos à mesa. Eu dou a palavra à Cris.

**CRIS LOPES**

Bom, vou me auto-descrever. Sou uma mulher branca, de cabelos vermelhos, uso óculos. Estou com uma blusa preta e um colar colorido. Acho que é legal dizer que eu início a minha vida na Saúde Pública numa Unidade Básica de Saúde em São Paulo, em São Miguel Paulista, uma periferia. Quero destacar que na equipe de saúde mental que eu

participava, a gente tinha, por princípio, ir ao território. A rua era o nosso maior desafio. E recebíamos um número muito grande de nordestinos para atendimento na UBS. E, no final de semana, éramos todos muito jovens com muita disponibilidade, e íamos conhecer o território. E na frente da UBS tinha uma praça, a Praça do Forró. E foi muito interessante poder descobrir que as pessoas que eram atendidas por nós durante a semana estavam sempre muito machucadas, muito entristecidas, com muitos sintomas. No final de semana, estavam na praça com muita alegria e recuperando, provavelmente, uma ideia de um pertencimento. A comida do Nordeste, o forró do Nordeste, isso fez um sentido muito grande para uma recém-formada e que estava descobrindo outras formas de poder enxergar não só o sofrimento, mas a potência que dá a saúde e então, um outro sentido para a saúde mental.

Posto isso, eu trago para vocês duas experiências. Eu vou contar a história do Coral Cênico Cidadãos Cantantes, que hoje é uma companhia artística. E falar da experiência do Coral Cênico como espaço de experimentação criativa na intersecção arte-saúde nos remete a duas reflexões. O conceito de arte e de economia solidária que abraçamos, e o nascedouro, nasce dos Centros de Convivência Cooperativa da cidade de São Paulo. A arte faz fissuras e interroga a pertinência de suturas tantas que insistimos em realizar. Toda forma artística, como nos diz Adorno, é um conteúdo social histórico que decanta. São essas densidades tão heterogêneas que a arte mistura, fazendo repousar e flutuar simultaneamente o tempo e os sentidos, parindo o ato criador, tornando assim possível a experiência do visível e do invisível da criação. Nos lança o exercício do empréstimo de experiência. A intenção e o desejo são requisitos que tornam a obra carregada de sentido, de poder, que se abre para o mundo para memoriar recomeços, inacabamentos, ampla autoria, expressa na entrega entre autor e espectador, parideiros da obra que profetiza continuidades inacabadas, em rastros de experiência comunicável, como nos provoca Walter Benjamin.

Arte e saúde é história viva, fratura a condição adoecedora quando revela o artista com potência de recriar, reelaborar, recontar sua realidade que não pertence a um cotidiano ou condição nosológica. A arte é um fenômeno contínuo, expressivo e atemporal do ser do mundo. A arte-saúde ousa um novo paradigma estético, estabelecer a

estética do estranho, do comum e criar esferas de aproximação para ouvir, a se tocar, sentir, cheirar, ser. Instigo trânsito na cidade para caber nela, modificá-la e, com isso, produzir saúde ou, quem sabe, felicidade, um estado de decantação necessário ao corpo da obra. Arte-saúde não é adereço, entretenimento, *passe-partout souvenir*, nem tão pouco encerra suas obras em museus, hospitais, CAPS, ambulatórios. Ela é política e filosófica, como afirma Marilena Chauí.

Para Paul Singer, precursor da economia solidária no Brasil. A economia solidária preconiza o entendimento do trabalho como um meio de emancipação humana dentro de um processo de democratização econômica, criando uma alternativa à dimensão alienante e assalariada das relações de trabalho capitalistas. Além disso, a economia solidária possui uma finalidade multidimensional. Isto é, envolve a dimensão social, econômica, política, ecológica e cultural. Quero com isso dizer que ela não é um café com leite. É uma saidinha para quem não tem mais nenhuma alternativa. A chance de cada cantante contar e reelaborar a própria história para criar uma dramaturgia constitui um ato político por excelência, e afasta-nos do perigo apontado pela escritora nigeriana Chimamanda Ngozi Adichie, de construirmos uma história única, que destrói o sujeito que não pode contar. Há que se validar o lugar de poder em que cada um possa ler, lembrar e contar a história. Assim, também, a arte não é única. Não pertence ao único segmento que a qualifique, patologizando-a ou vulnerabilizando-a, a arte compartilhada, exposta, performatizada, e, quando tanto comercializada, requer a autoria.

Centros de Convivência Cooperativa - um outro eixo de sustentação do trabalho que eu estou destacando. A partir de 1989, no município de São Paulo, no governo de Luiz Erundina, brotam os CECCOs, como parte do sistema Único de Saúde - SUS, gratuito, universal, equânime e integral, ocupando as bordas e fendas de acesso liberado da cidade, sem a intimidação de protocolos burocráticos, de hora marcada, consultas, senhas, buscam livre e transitar de uma cidade em seus parques municipais, centros esportivos, praças e centros comunitários. Fiquem com isso. Não é qualquer lugar. Um dispositivo, pois provocador de ações da saúde com a cultura, meio ambiente, educação, esporte, trabalho e direitos humanos. Necessariamente, intersetorial, interseccional e antimanicomial. Que intencionalmente evita alojar-se num hospital, num ambulatório,

numa unidade básica, pois vai em busca do hibridismo do território a ser ocupado, da diversidade humana que inspire outras motivações de desejos, de expressões, de liberdades. Lembrem da Praça do Forró. Heterogeneidade e território. Há tanta vida lá fora… né, Sílvio Yasui? Busca a ocupação dos espaços abertos e composições de trabalhadores e trabalhadoras da saúde, tanto da psicologia, do serviço social, terapia ocupacional, fonoaudiologia, nutrição, enfermagem, mas também busca esse encontro com outros profissionais e saberes, artistas, pessoas que trabalham com agronomia, com esporte, com jardinagem, mestres da cultura popular.

Mas os trabalhadores da saúde têm uma tarefa, uma tarefa fundamental que é o manejo grupal, o manejo de conflitos inevitáveis e esperados, e um manejo operativo, como nos inspira Pichon Rivière. Amalgamados nas complexidades e esses saberes nos propõe uma religação de saberes, como nos ensina Edgar Morin. Que ocupe as ruas, os bairros e o cotidiano da cidade, criando espaços de encontros e misturas sem tutela ou segregação, um campo próspero a construir heterogeneidade de seus frequentadores atraídos pelo desejo de construir coletivamente experiências criativas, campo fértil ao surgimento de novos modos de vida em que caibam numa ótica antimanicomial, oposição à colonização ao racismo, ao machismo, a xenofobia e LGBTfobia e nos provoque à exterioridade da consciência escandalizada, como nos sugere Foucault.

Eu vou mostrar para vocês agora muito rapidamente alguns Centros de Convivência dos 23 que existem na cidade de São Paulo, Centros de Convivência e Cooperativa. Aqui num parque, num centro esportivo, em outro parque, num centro comunitário da Cohab, onde não tem nem parque, em um centro esportivo, mas vão com todos os frequentadores no CÉU, num outro parque com oficinas de restauração de bonecas e que trabalham, portanto, a ideia da economia solidária, horta orgânica num centro esportivo, capoeira no Cecco’s de Perus com crianças e adolescentes, coisa rara em centros de convivência. Feira de economia solidária no parque Santo Dias, no Fundão da zona sul, parque Santo Dias ainda, parque Ibirapuera, Dança Circular no Parque do Trote na Zona Norte.

Quanto mais democracia e diversidade, mais qualidade de vida. A vocação dos Centros de Convivência como propositores de potência para a cidadania ativa e

participação na produção do mundo passa pelas trocas sociais. Novas comunidades, produção de valor e outras sociabilidades. Pressupõe, portanto, um necessário e estreito compromisso com o mundo do trabalho. Incubar a autonomia com diversidade é misturar gente. É dessa mistura que nasce o Coral Cênico Cidadãos Cantantes. Eu tive a oportunidade, no governo de Luiza Erundina, de ter carta branca para inventar. E foi lá que a gente inventou os Centros de Convivência e Cooperativa em 1989. Em 1992, dessa experiência dos CECCOs, nasce o Coral Cênico Cidadãos Cantantes, que eu coordeno há 34 anos. O Coral Cênico Cidadãos Cantantes foi criado a partir da experimentação nos primeiros Centros de Convivência de São Paulo, que nasce esse projeto, torna-se autônomo em 2006 com o apoio de universidades e espaços culturais públicos, públicos, movimentos sociais e comunitários.

Toda arte autoral e não caricatural. Uma produção autoral sempre fruto de pesquisas e discussões temáticas que dialoguem com a realidade atual da vida diária dos cantantes e dos acontecimentos na cidade, no país e no mundo. Diversidade e amorosidade. É para toda a gente um espaço provocador de encontros heterogêneos. Arte cria um *hit* de liberdade que rompe a profecia cultural, o improvável. Arte não adjetivada. Não se aceita arte adjetivada pelas vulnerabilidades. Arte louca, arte do cárcere, arte do diabético, arte do cardíaco. Assim como não se aceita o aplauso caridoso e o choro piedoso. Deseja-se entrega, a obra interativa, a ocupação de corpos e sentidos que capture o espectador, se há de ter dor que o espectador a experimente como a dor do gozo da criação. Alcance terapêutico, uma inovação contemporânea. Portanto, ao fim e ao cabo, a arte não é adereço, não é *passe-partout*, não é entretenimento. Tão pouco encerra suas obras no museu, nos hospitais. A obra artística é movimento, acontecimento, encontro entre autores e seu espectador para que, de forma fecunda, se refaça continuamente no lugar e no sem-lugar, espiralando e transborde fruição.

Destaco duas iniciativas de propósito parceiro na compreensão do papel da arte, cultura e comunidade. O GAC, que é a Gestão Autônoma do Cuidado e da Medicação, arte-cultura e comunidade. Na falta, a gente cria, a vida não vem ensaiada. As ações de arte e cultura acontecem espontaneamente nos grupos de GAC, mas é sempre importante convidar, criar ambientes favoráveis e apoiar o que acontece conforme os interesses das

pessoas. Quatro cadernos publicados no Mad in Brasil. E destaco também o Observatório Nacional de Prevenção e Pós-venção do Suicídio nas Universidades escolas de ensino médio fundamental, coordenado esse observatório por professoras e professores da UNB, USP Unifesp, Instituto Sedes Sapientiae, do qual faço parte. Iniciamos em São Paulo a inscrição, por exemplo, de 50 jovens periféricos MCs de batalhas de rima para participarem de dois dias de trocas de formação sobre a temática do suicídio, e ser esse tema explorado por eles em duas noites de batalhas com essa temática, batalhas com premiação, reconhecimento da linguagem artística que possui força de equilíbrio psicosocial para abordar o suicídio como fator humano social, que hoje assola o Brasil sobretudo entre jovens de 15 a 29 anos.

Em 2025, em parceria com a FIOCRUZ/LAPS, iniciamos um processo de formação para imersões em em territórios ancestrais e de direito à terra. Quilombo de Ivaporunduva, Aldeia indígena multiétnica de Guarulhos, Aldeia indígena Guarani em Bertioga, e assentamento do MST em Franco da Rocha. Vocês vão ver fotos dessas imersões aqui em Bertioga. Quilombo de Ivaporunduva. Aldeia multiétnica Filhos Desta Terra em Guarulhos, é uma aldeia mais urbana. E o Assentamento do MST Dom Tomás Balduíno em Franco da Rocha. Ancestralidades e direito à terra. O que a gente foi fazer lá? Reconhecer poéticas, memórias e recolher músicas e expressões de resistência, cuidados, sonhos e lutas. Assim nasce o novo repertório para a Partitura das Humanidades Criativas, para com alegria a adiarmos a queda do céu. Alegria, um horizonte como potência espinosana para expressão do desejo, do direito, do poder, da criatividade, da crença na coletividade. Uma *humanocultura*, um processo contínuo de desenvolvimento das potencialidades do indivíduo através da educação, arte e vivência em sociedade.

Nós temos, a partir, então, dessas reflexões algumas propostas para uma agenda das políticas públicas "*des*", de desmedicalizar, desmedicamentar, desdiagnosticar, despatologizar. É muito *des*, né? Centros de Convivência, arte-cultura e economia solidária no SUS. Recuperar essa denominação defendida pelo Fórum Nacional de Centros de Convivência em sua concepção mais ampla. CECCO's como dispositivos intersecretariais e interministeriais a serem implantados em parques, praças, centros

esportivos, centros comunitários públicos, com equipes robustas de profissionais de saúde, cultura, esporte, meio ambiente, trabalho e toda a diversidade de população.

A gente não precisa nesse espaço de mamografia, nem de ressonância, nem de raios X, é um espaço econômico, precisa de gente, mas não é pouca gente, é de muita gente. Investimento em formação continuada de profissionais de CECCO's para garantir compreensão e manejo nesse novo paradigma de saúde. Apoio ao projeto de lei 2726 de 2022 por uma política nacional de convivência sociocultural e economia solidária da deputada federal Luiza Erundina que está em tramitação no Congresso Nacional. A gente precisa de política de Estado e não só de política de governo. Coletivos artísticos, como a Companhia Artística Cidadã e Cidadãos Cantantes, poderem ter incentivo como ponto de cultura e acesso a editais. Coletivos longevos e estruturados no trato artístico e decolonial, com populações heterogêneas como Cidadãos Cantantes, serem demandados pelos ministérios, sobretudo da saúde e cultura, para realizar oficinas de potencialização criativa pelo território nacional. Por fim, Observatório Nacional de Prevenção e Posvenção do Suicídio nas Universidades e Escolas de Ensino Médio Fundamental, ser referência em sua expertise para as políticas públicas de saúde, cultura e educação. Eu peço agora para passar um pequeno vídeo, e ele traz a Paula Reis... uma cidadã cantante, É uma cidadã que não tem histórico psiquiátrico, porque no coral a mistura é interessante. Ela é uma mulher negra da marcha das mulheres negras, uma mulher lésbica, e que traz uma produção incrível, e ela produziu algo que questiona o CID. Nós não somos um CID. Então, vamos ouvir a Paula, mas antes da gente ouvir a Paula dizer que todo esse trabalho que a gente fez e tem feito em parceria com o LAPS, Fiocruz, produziu três grandes produtos. O Repertório, um livro que está saindo contando essa história, e um documentário que Paulo Amarante encaminhou para o Festival de Cinema da Noruega e foi selecionado e escolhido para fechar o grande festival. E estaremos lá na Noruega, e eu vou estar com tudo pago porque eles viabilizaram para mim e para o Paulo, e eu estou muito feliz com isso. Obrigada, Fiocruz.

[música]

"Eu não sou o CID, ainda que duvide

Não sou o CID [2x]

Sou um viver cantante
Não me pare com seu olhar limitante

Eu não sou o CID, ainda aqui duvide
Não sou o CID

Por que me julgas afinal?
Se de perto, ninguém é normal [x2]

Eu não sou o CID, ainda que duvide
Não sou o CID

Sou mais que um numeral
O meu viver tem um etcetera e tal [x2]

Eu não sou o CID, ainda que duvide
Não sou o CID

Sou um cidadão cantante
E carrego a minha dor elegante [x2]

Eu não sou CID, ainda aqui duvide
Não sou CID

Eu não sou o CID, ainda que duvide
Não sou o CID

Já me chamaram de Pirex,
Isso vem de tiranossauro Rex [x2]

Eu não sou o CID, ainda que duvide
Não sou o CID

Isso é um manifesto pitoresco
Pra dizer não uso um cabresto [x2]

Eu não sou o CID, o CID é que divide
Não sou o CID”

**KAYKY AVRAHAM**

Agora, passo a palavra para Ariadne.

**ARIADNE MENDES**

Bom dia a todos. Bom, eu vou fazer minha audiodescrição. Eu sou uma mulher de pele clara. Estou usando cabelos mais brancos do que grisalhos. Estou usando uma camiseta preta do Loucura Suburbana com um desenho colorido. Feito, pelo Wellington Lutterbach, que é um dos artistas do Loucura Suburbana, estou usando um brinco também, um pingente de pérola, e um colar vermelho indígena, vermelho e preto. Bom, eu sou psicóloga, sou coordenadora do Bloco, fundadora também, do Bloco Carnavalesco, Loucura Suburbana, e do Ponto de Cultura, Loucura Suburbana: Engenho, Arte e Folia. Trabalho no Instituto Municipal Nise da Silveira, que, para quem não conhece, é uma instituição ex-psiquiátrica. A gente não é mais um hospício desde 2021, um trabalho que demandou décadas, e com muitos atores, inclusive Paulo Amarante, foi um desses importantes atores na desconstrução do hospício, que, inclusive, plantou sementes para que a gente, hoje, pudesse ter o que a gente tem em termos de cultura. O Instituto funciona num bairro de subúrbio no Rio de Janeiro, no Engenho de Dentro. E é uma instituição, como eu disse, que não é mais um hospício e além de ter apenas um

ambulatório - que é a única unidade estritamente assistencial, hoje se compõe de vários equipamentos culturais. Tem o Museu de Imagens do Inconsciente, o Memorial da Loucura, o Locura Suburbana, Centro de Convivência Trilhos do Engenho, Espaço Travessia, acho que de cultura, acho que é só. Atividades esportivas e atividades de geração de renda também. Além de ter uma biblioteca e um acervo importantíssimo na história da psiquiatria medicalizante brasileira, na verdade.

Mas é uma história que está lá, importantíssima com prontuários que vieram lá do Hospício da Praia Vermelha, então nós temos uma riqueza realmente de memória guardada naquele lugar. Bom, e o Loucura Suburbana? Aliás, para terminar aí essa música, que é o Tenho CID, abaixo esse CID aí, eu lembrei aqui da letra, de um pequeno verso da letra do André Cabral, que foi um vencedor de samba enredo, junto com a Elisama Arnauld, que é a nossa porta-bandeira, que dizia assim: "E a loucura, onde está? Está nos olhos de quem vê, a loucura sou eu ou você?" Então isso aí já reflete o que as pessoas estão trabalhando nesse sentido, os próprios usuários, e não os usuários também, que o Locura trabalha com a população em geral nas letras de seus sambas. E é esse recado que, através dos sambas, a gente leva para a população e faz a população cantar. Nós, o Tá Pirando, o Zona Mental, todos os blocos da saúde mental, estão tendo esse papel de levar a luta antimanicomial, de levar à proposta da reforma psiquiátrica para as ruas, através dos nossos blocos.

Bom, o Loucura se criou em 2001, a partir de uma proposta de usuários, eu acho isso super importante. Ontem se falou muito aqui, e eu esqueci, olha que mal-educada. Vou dar uma parada para agradecer, Paula Amarante, à Lele, Ana Paula, ao LAPS, a oportunidade de estar aqui compartilhando essa experiência. Muito obrigada. Ontem foi um dia riquíssimo, já tive a oportunidade de elogiar pessoalmente as pessoas, falas de trabalhos e relatos, de muita inspiração e de alimento para a gente. Acho que a gente precisa disso, por isso que eu também parabenizo mais uma vez essa iniciativa, de estar fazendo isso.

Bom, eu queria só falar mais um pouquinho de mim rapidinho, que eu estou nessa instituição há 43 anos, não é pouco não. Eu, inclusive, estou aposentada do Ministério da Saúde, que o Instituto era uma instituição federal que pertencia ao Ministério, até ser

municipalizado no ano 2000. E aí passou de Centro Psiquiátrico Pedro II, para o Instituto Municipal Nise da Silveira. E muita coisa... Quer dizer, a coisa já tinha mudado antes pelo movimento dos trabalhadores da saúde mental, mas essa parte cultural ganhou um fôlego maior a partir, então, da municipalização, com apoio da direção na época e com a continuidade do nosso trabalho. Em 2001 eu dirigi o ambulatório central, nós tínhamos uma instituição ainda com mais de mil pacientes internados, e nesse ambulatório foi criada uma oficina de artes, justamente para já introduzir alguma coisa que fosse diferente daquele atendimento tradicional de um ambulatório. Na verdade, essa oficina foi construída porque eu ficava lamentando e me solidarizando com as pessoas que ficavam o dia inteiro esperando as suas consultas. Então, a oficina foi construída para ser um lugar de lazer, de oportunidade das pessoas fazerem alguma outra coisa e foi com arte. Dessa oficina nasce a proposta, então, de um baile de carnaval. Ela era frequentada só por usuários.

E a gente, então, nesse movimento que já estava começando a acontecer no Instituto, que era o movimento da desinstitucionalização, essa palavra a gente até não está aí nos nossos *des*, tem que acrescentar ela também. Mas enfim, com esse movimento que já estava acontecendo, já estava começando o movimento das moradias, de criar moradias internas para depois então poder desinstitucionalizar de vez as pessoas para moradias externas. A gente, então, tem a ideia de ir para a rua, literalmente, e então, cria-se o bloco de Loucura Suburbana, que em dois meses a gente conseguiu botar um bloco na rua sem nenhum recurso, apenas com a solidariedade e a participação de toda a instituição.

Eu sempre digo que essa ideia funcionou como uma bomba na instituição. Parece que estava todo mundo querendo isso, querendo um bloco, querendo ir para a rua, de fato. E a gente conseguiu, então, empréstimo de carro de som, de bateria, de porta-bandeira, e mestre-sala, a gente não tinha absolutamente nada, só o desejo de ir para a rua, e já conseguimos, sim, realizar o nosso primeiro concurso de samba. Tinha um musicoterapeuta lá na instituição, e a instituição teve uma mudança muito grande com essa parte, com essa elaboração, construção do bloco. Era música nas alamedas, coisa que não tinha antes, pontos de encontro, todo mundo das equipes que antes eram muito... As pessoas eram muito isoladas em seus prédios, porque a instituição é isso, cheia de prédios

que não se comunicam. Era isso. E aí o bloco promoveu também um grande encontro. As pessoas tinham onde se encontrar. Conseguimos eleger o nome do bloco, que foi a Loucura Suburbana.

O primeiro samba também foi a loucura suburbana e fomos para a rua enfrentando uma realidade que a gente sabia que era o seguinte: o Engenho de Dentro, enquanto instituição, existe desde 1911 nesse bairro. O bairro tinha pavor dessa instituição, um preconceito absurdo. Aliás, um conceito, porque o que eles viam eram gritos, pessoas que fugiam, enfim, e o preconceito gerava o medo da loucura, achando que a loucura era algo violento. A gente tem relatos de pessoas, até hoje, que contam que eram colocadas para dentro de casa se algum paciente circulava pela rua. Naturalmente, essas pessoas deviam estar fugindo, porque ninguém circulava pela rua naquela época. Só se fugisse mesmo da instituição e isso havia. Bom, e o que o bloco faz quando ele vai para as ruas? Primeiro, tem o espanto da população de ver aqueles que causavam medo numa festa colorida. Carnaval era carnaval, era um pré-carnaval, e levando alegria para aquele bloco, para aquele bairro.

A gente continuou com o passar dos anos. O bloco tem 25 anos, isso foi em 2001, e é preciso dizer que essa composição primeira do bloco reuniu usuários da rede saúde mental, funcionários, familiares. Os usuários não eram tantos assim, alguns, mas, como eu disse, ainda eram uma instituição com muita internação. Então, a gente tinha usuários também de internação que iam para ser liberados do ambulatório e do Espaço Aberto ao Tempo, que era já um precursor dos CAPS, que já existia na época. Lá no Instituto que foi, e serviu de inspiração, inclusive, para o meu trabalho e para o trabalho de muita gente. Bom, a gente descobre com o passar do tempo e com o bloco continuando a sair, o bloco saiu com umas 200 pessoas, só. Mas já foi um sucesso. Eu me lembro que a gente deu uma parada na Praça Rio Grande do Norte. E ficou um hábito, a gente, quando sai agora, sempre dá uma parada na Praça Rio Grande do Norte para depois seguir de volta para o Instituto. A gente sai de dentro do Instituto. É uma tradição, é para romper mesmo os muros, abrir as portas. A gente já viu, tinha imprensa estrangeira e já tinha uma bateria de mulheres francesas se juntando à bateria que estava convidada. O que é isso? É uma

potência da saúde mental, da loucura atraindo a população, atraiu a imprensa, foi muito impressionante.

Bom, como eu disse com o passar do tempo, a gente foi aumentando o número de pessoas que vinham para o bloco e descobrimos que a gente estava resgatando o carnaval de rua desse bairro que tinha sido um bairro riquíssimo de carnaval no passado, O Engenho de Dentro, na década de 30, se não me engano, 20 ou 30, tinha sido o bairro onde tinha acontecido o primeiro concurso de escolas de samba do Rio de Janeiro. E também o primeiro concurso de música que foi num terreiro, do Zé Espinguela. Então era um bairro que tinha uma tradição e que nesse momento essa tradição estava morta. E olha que lindo, a loucura faz renascer essa tradição, a loucura que causava medo, faz então renascer o carnaval do Engenho de Dentro. Antes, os moradores diziam que era o bloco da saúde mental, mas aos poucos, o que foi acontecendo é que os moradores cada vez mais participando, óbvio - não tão óbvio assim, foi um trabalho de muitos anos, eles consideram agora que o bloco Loucura Suburbana é o seu é o bloco, é o bloco do Engenho de Dentro. Isso é um ganho incrível. Ontem se falou aqui da questão do mercado, da gente não se submeter ao mercado, mas submeter o mercado ao que nós estamos. Eu não me lembro quem falou isso, uma das falas lindas.

A gente está conseguindo levar com a arte, a cultura e com o bloco. Essa questão da loucura para a sociedade, mudando o olhar da sociedade, de fato. O pessoal tem orgulho agora do bloco. Não tem mais medo, tem orgulho. E continuamos aí no nosso processo de construção coletiva. Isso é superimportante de se dizer. Tudo o que a loucura fez até hoje, eu vou fazer uma rápida descrição.

Bom, fizemos várias coisas nessa trajetória de 25 anos, eu não sei se eu falei que foi em 2001, mas é sempre construção coletiva com a presença de usuários. Isso é uma marca. Sem isso, eu nem quero trabalhar, não é a proposta. Então, nós fizemos logo depois do bloco, no ano seguinte, construímos através de uma parceria entre Secretaria Municipal de Saúde e o CDI - Comitê para a Democratização da Informática, a EIC, Escola de Informática e Cidadania, e eu tenho o prazer de ter aqui a Mônica, que foi a primeira pessoa do CDI que nos ajudou a construir a Escola de Informática. Essa escola tinha uma característica fundamental. Os professores eram obrigatoriamente usuários da

Rede de Saúde Mental. Então, a gente quebrou uma hierarquia fantástica dentro da instituição, porque, primeiro ou segundo, nesse momento, era 2002, o Brasil, pelo menos o Rio de Janeiro, estava se informatizando. É só a gente procurar, não havia ainda o acesso à informática, era tudo caríssimo, e as pessoas não sabiam mexer, os bancos estavam se informatizando. Então, a escola de informática, cujos professores eram usuários, teve uma demanda absurda de pessoas. A gente começou oferecendo vagas para usuários. Então, era usuário dando aula para o usuário. Mas, houve uma pressão da demanda incrível, e a gente aí começou a abrir para outros usuários que não fossem de saúde mental, que também frequentavam a instituição, depois para familiares, funcionários e comunidade. A gente tinha cotas, e era uma escola de inclusão digital. Então, não tinha também uma exigência de formação, de passar num exame. A gente aceitava pessoas que queriam, que tinham um propósito, e era incrível esse projeto, porque pessoas que nunca tinham feito o curso, que precisavam se agrupar, e mais uma vez, além do bloco, já era oferecida essa possibilidade de integração social. todo mundo misturado com todo mundo. Essa escola formou 600 pessoas, a Inclusão Digital. E era um sucesso. A gente fazia uma cerimônia de formatura, em que as pessoas mostravam seus desenhos e falavam alguma coisa. Era de emocionar. Os depoimentos eram muito emocionantes.

E essa escola também revelou talentos. Talentos que até hoje existem. Alguns foram para o Museu de Imagem do Inconsciente, outros, como a nossa porta-bandeira, que é uma desenhista fantástica, também começou a se desenvolver na Escola de Informática através do Paint, que é dificílimo de manejar, mas as pessoas conseguiram. Bom, do ano seguinte criou-se a Encantarte Editora, que foi um projeto de geração de renda ligado a essa Escola de Informática.

A escola terminou em 2013, infelizmente não houve mais condições pela Secretaria, nem nós sozinhos, de continuar esse projeto. Era muito lindo, mas a Encantarte existe até hoje e foi um projeto que permitiu que a gente, pela primeira vez, conseguisse financiamento. Por causa do CDI, a Encantarte Editora, que se criou para oferecer um espaço literário de expressão, e também, como era geração de renda, de elaboração de peças gráficas para o público. A Encantarte já publicou 60 títulos, ela

começou a ser uma referência na saúde mental também, para pessoas que queriam falar de suas vidas. Inclusive, o primeiro livro publicado está aqui, o Eduardo Vasconcelos, que foi a pessoa que confiou em nós recém-nascidos, para publicar o livro Reinventando a Vida. Isso aí, Eduardo, foi uma experiência linda, obrigada pela confiança que você teve aí na gente.

Da Escola de Informática nasceu um verdadeiro laboratório de elaboração de Editais, a gente conseguiu, então, por causa dos equipamentos que a gente conseguiu comprar por causa da primeira verba que a gente recebeu, por causa da editora, a gente apareceu no Jornal Nacional, foi pronto. No dia seguinte ligaram para a gente oferecendo uma participação naquele show Loucos por Música, que era patrocinado pela Petrobras, e a gente, com um pouquinho de dinheiro, conseguiu equipar a editora, que ficou sendo o lugar mais moderno em termos de informática da instituição. Nós éramos os melhores. Bom, com isso a gente acabou entrando em três editais nesse ano. Ganhou os três, que foi o primeiro Prêmio de Cultura e Saúde, viu Paulo, que foi já uma junção do Ministério da Saúde com o Ministério da Cultura, já teve outros depois, inclusive, a gente ganhou o troféu do Cultura Viva, o Prêmio Cultura e Saúde. Ganhamos também nesse ano, então, a gente consegue ser um Ponto de Cultura. A Secretaria Estadual de Cultura faz um concurso para os Pontos de Cultura estaduais do Rio, porque não tinha ainda no Rio, e aí a gente consegue ser o primeiro Ponto de Cultura em saúde mental da cidade. Com isso, a gente cria as oficinas permanentes, consegue estruturar uma equipe que contém usuários de saúde mental, sempre. Nós temos uma gestão horizontalizada, nós temos uma gestão totalmente democrática, nossas reuniões, todo mundo participa, todo mundo delibera.

E a gente criou, então, as nossas oficinas de música, composição musical, cavaco, violão, a oficina de bateria. Hoje a gente tem a Bateria Ensandecida, depois da oficina criada, dois anos depois, a gente já tinha uma bateria própria, que, antes, a gente convidava a bateria de escola de samba. E o ateliê de adereços e fantasias, que hoje produzimos todas as fantasias de porta-bandeira, mestre-sala, passista, passista-mirim, nós temos um barracão lotado de fantasias doadas pela população, fantasias de escolas de samba, que a gente empresta do dia do Carnaval, no dia do desfile. Nosso desfile é toda quinta-feira antes do Carnaval e essas oficinas foram muito importantes porque o

engenho de dentro era um local totalmente pobre, e é ainda, em equipamentos culturais. Só tinha o SESC do Engenho de Dentro, mais nada. Então, quando a saúde mental abre uma oportunidade de equipamentos culturais, a população vem e participa.

E isso já é uma faceta dessa integração que eu sempre falo que é de mão dupla. A nossa vitória, que está em caminho, e sempre precisa ser renovada em relação ao término do hospício, e a nossa luta antimanicomial, só vai ter sucesso, primeiro que é uma luta contínua, mas só vai ter sucesso se a população também lutar. Não adianta os trabalhadores levarem a bandeira. Se a população não lutar, porque o preconceito está aí, a gente falou disso tanto ontem, de todas as dificuldades, para a questão da desmedicalização, da despatologização. Bom, eu, claro que vou ter que encerrar, porque já recebi ali uma determinação, mas para dizer que, dentro, aliás, eu estou vendo Regina ali, Regina chegou agora, é nossa poetisa mor, que está lançando um livro daqui a pouco, e Regina foi a professora da EIC, queridíssima desses anos todos, que me ajudou a coordenar a Escola de Informática. Regina hoje cuida do nosso financeiro das contas bancárias. Ela é também da ECO, que é a entidade com a qual nós entramos em editais. E para terminar, eu quero dizer o seguinte, nós somos uma instituição. Dentro de uma instituição, nós temos um papel híbrido, porque, em parte, nós estamos mantidos pela instituição, na parte de infraestrutura e algumas contratações. Mas a maioria, o cerne do bloco de Loucura Suburbana e do nosso ponto é o carnaval. E para isso, nós não temos, para as nossas oficinas, mas a gente não tem uma garantia de pagamento das pessoas. Nós temos vários trabalhadores que são MEI. Eu sou a única psicóloga dessa equipe. A equipe toda é formada por músicos e por pessoas do ateliê. E é isso. A nossa luta é essa instituição de um caráter híbrido, uma instituição dentro de uma instituição. E a gente tem uma luta muito grande para que realmente a cultura, seja a arte, a cultura, faça parte da política de saúde mental, porque não faz.

A gente não tem uma contrapartida financeira, então não faz. O que a gente tem é uma visibilidade incrível, todos os blocos. A gente realmente... Eu não sei se eu falei que a gente tem 400 samba compostos, não me lembro se eu falei isso, mas a gente canta os sambas que dizem coisas sobre a reforma, sobre a luta antimanicomial, sobre a vida, sobre o samba, a liberdade, sobre o direito à loucura, isso tem aparecido nas letras, o

direito de ser louco, a questão da cidadania pululando, e a gente tem um espaço de convivência, o Loucura Suburbana é um lugar de portas abertas, as pessoas falam isso, qualquer pessoa pode lá, a gente também tem exposições. Atualmente a gente está com a exposição Loucura Suburbana - 25 anos. Provavelmente ano que vem, se tudo indica, a gente deve conseguir participar de uma importantíssima exposição no MASP, em São Paulo, com peças nossas, né? Estamos sendo convidados para isso. Isso é um sinal de um reconhecimento externo, né? A gente está querendo um reconhecimento interno também, porque esse está um pouquinho mais difícil. Mas é isso, gente. Eu vou encerrar. Claro que eu deixei um bando de lacunas…

Uma coisa importante é a questão da despatologização, porque a gente, com essa oferta de espaços de arte e cultura, o que a gente vê são pessoas mudando a sua identidade. Porque, antes, alguém falou que ontem era batata. Qualquer reunião. Quem é você? Fala logo o diagnóstico. A primeira coisa que falava é se colocar na etiqueta, porque o preconceito não é só do outro, é um auto-preconceito. As pessoas também introjetam esse preconceito. Isso é gravíssimo. E é um trabalho também de despreconceituar. A gente tem vários *des* para trabalhar. E a gente faz isso no cotidiano, porque é um cotidiano de convivência, onde as pessoas têm liberdade para falar dos seus sofrimentos. Não estou falando que não dá trabalho, gente, claro que dá um trabalho danado isso. Requer muita articulação com a rede saúde mental, que está bastante precária. A gente sabe disso. Há muita dificuldade de escuta. Então, a gente acaba oferecendo isso, que não é exatamente o nosso papel. Eu acho que falta uma escuta terapêutica, assim, mais individualizada, inclusive, que trabalha as questões do sujeito, mas com certeza, só o trabalho que a gente faz já provoca grandes mudanças nas pessoas, nesse sentido de as pessoas tirarem essa etiqueta e passarem a se autodenominar artistas, cantores, pintores, enfim, escritores, é isso que os espaços de arte e cultura oferecem, que as pessoas possam, inclusive, tomar o seu rumo de sujeitos da sua própria história, saindo da condição submissa do outro dizer quem eu sou. Bom, é isso. Temos muitas dificuldades financeiras, eu já falei, mas vou encerrar por aqui.

Obrigada e desculpe passar do tempo, que eu sempre passo mesmo.

**KAKY AVRAHAM**

Obrigado, Ariadne. Agora eu passo a palavra para Rogéria Barbosa.

**ROGÉRIA BARBOSA**

Bom dia. eu sou a mulher preta, cabelos pretos. Estou toda de lilás, alguns dizem que é rosa, alguns dizem que é roxo, mas estou me sentindo linda, isso que é importante. A gente, quando falamos de desmedica, desmica, deixa de micar, deixa de pagar mico, né? Aí eu falo da cultura, eu falo da bijuteria, no Neusa Santos de Souza que a gente tem, são bijuterias maravilhosas, nós fabricamos e tomamos todos os espaços do Rio de Janeiro, que a gente invade para vender nossas miçangas que são maravilhosas. E também eu falo do Ateliê Gaia, onde eu participo no Museu Bispo do Rosário, sou integrante do Ateliê. E é uma coisa maravilhosa que transformou a minha vida. Eu, primeiro, anos atrás em 1900 e algumas coisas, a primeira vez que eu entrei, eu tive que sair, porque era muito manicomial, eu achava que era muito manicomial. Nós tomávamos café na tarde, naquele copinho. Nós almoçávamos na bandejinha, chegava nosso almoço, ao nosso café, se bobear até jantava. E nosso lanche da tarde também tinha. Eu falei assim, não, isso é muito manicomial, eu me retirei.

Na pandemia, durante a pandemia, aí eu faço uma live, participando de uma live. Aí a benção do Alex me viu, e nessa lá eu gostaria de fazer uma exposição. Eu não desenhava ainda profissionalmente nem escrevia. Eu falava que eu quero fazer um livro poético, e é a minha biografia e a minha arte no livro, as minhas artes. E foi isso que o Ateliê Bispo do Rosário, o Museu fez esse presente para mim. Eu agradeço ao Alex por essa oportunidade, porque foi a partir daí que eu comecei a me achar metida a artista. Eu agradeço muito a ele pessoalmente. Agradeço também à oportunidade do Paulo de estar aqui, porque estar aqui não é só estar aqui, estar falando com vocês. Eu vejo poucos usuários aqui, senti falta, é importante a gente se ouvir, e agradecer ao Paulo por você estar sempre acompanhando a gente, entendeu? Eu mesmo distante da Fiocruz, da Lê, do

Paulo, eles sabem antes que eu estou e sabem onde me achar. E me convida na hora que eu mais preciso, Paulo, que eu mais preciso estar aqui.

Estou com uma mãe muito doente e eu lanço o segundo livro dia 08/07/2026 no Muhcab, o Museu, e dia 09 levo minha mãe para o hospital, viva ou não. Por isso para mim é uma vitória estar aqui, Paulo, porque muita gente falou assim hoje: “você não tem condição de estar lá”, “Rogéria, abre mão”, “ Rogéria, descansa…”. Não, mas falar com vocês é muito bom, é muito importante. isso sempre acontece, Paulo, você sempre me chama nesses dias não sei como você consegue, mas você consegue me chamar nesses dias eu estou me sentindo muito feliz aqui com vocês de coração. Esse é o livro que eu estou lançando, vou lançar agora, estou fazendo um pré-lançamento convidada pelo Paulo, um pré-lançamento, né? Ele fala de uma bailarina preta, uma mulher preta que gostaria de ser bailarina, porque na minha época, né, vou dizer assim, só existia os meninos que faziam judô e as meninas que faziam ballet. Era automático, quem estudava a mãe botava no futebol, no judô, e a menina como bailarina. Eu escutava o tempo todo, mulher preta não pode ser bailarina. Não tem espaço para a gente ser bailarina. E depois de 58 anos, eu paro e penso: “eu posso ser tudo o que eu quero, que eu posso”. Então, eu faço esse livro em versos, ele está ilustrado com todas as ilustrações são minhas, e vai ser dia 08/07, um dia muito especial para mim, estão todos convidados, de 15h às 17h no Muhcab, eu convido todos vocês.

Eu faço na capa a bailarina preta, e eu faço as minhas sapatilhas que eu tanto desejei ter na minha vida. E ainda vou comprar uma sapatilha para mim. Mesmo que no banheiro, no quarto escondida, quem sabe lá, que eu adoro bailar, né Cecília? Eu amo bailar. É um momento que eu consigo me sentir mais Rogéria. E essa é a Rogéria. Não é a Rogéria que foi diagnosticada a borderline, bipolar, esquizofrênica. Eu nunca tive CID. Quando eu cheguei no médico eles perguntam “qual é o seu CID?”, eu falei assim: “nunca tive, nem sei, pergunta lá pra alguém, pergunta ao meu médico”. Nunca tive CID, nunca me disseram. Eu não sei mesmo. Qual remédio você toma? Anlodipino, eu tomo Furosemida, tomo Espironolactona, tomo Naprix. Ah, esse é o médico que eu tomo. Qual sua doença? Pressão alta e diabetes. Minhas doenças crônicas são essas. Diabetes e pressão alta. E essa é a resposta que eu dou na UPA, em qualquer hospital que eu vou.

Essa é a minha doença crônica. Porque quem coloca doença dentro de você é você mesmo. E quando você sai do hospital cheio de remédios, o médico fala assim com você "você é esquizofrênico, você é bipolar, você tem depressão, você tem ansiedade, etc." Aí você pega aquela sacola de remédio e põe nas costas, quando tem remédios também, né? Na rede de saúde. Quando tem remédio.

Aí você começa a enlouquecer de verdade. Você coloca nas suas costas que eu sou isso tudo. E muita gente chega.. agora diminuiu um pouco. Chegava na fila do trem, do bar, do metrô, do banco, do INSS. "Aí eu sou esquizofrênica, porque eu tomo um remédio, eu me machuco, eu sou borderline". Tava chegando numa situação, gente, que eu ficava assim: "meu Deus. E quem é você?" Eu chegava para as pessoas no CAPS e diziam, "Oi, eu sou esquizofrênica, porque o médico me deu…". Aí eu falava assim: "mas qual o seu nome? Esquizofrênica? É border? É bipolar?", a pessoa para e trava, e não sabe mais o que fazer e responder, porque ela não sabe quem ela é. Ela é uma mulher ansiosa, ela é mulher com crise de ansiedade, é o homem com crise de ansiedade e é isso que as pessoas estão carregando. Eu sou isso, e põe a mochila nas costas de Papai Noel preta, porque não é vermelha, e carregam isso as suas histórias. As pessoas não tem mais histórias, as pessoas têm CID, as pessoas têm depressão, as pessoas têm crises de ansiedade, elas deixaram de ser elas mesmas. Eu poderia dar uma desculpa ao Paulo e falar tudo isso para ele, Paulo eu não tenho condição de ir por causa disso, disso, disso e não vir. Mas quem ia me escutar? Minha cama? O Caps? As pessoas que não querem me ouvir? As pessoas que não querem ser ouvidas, porque você acaba sendo ouvida através do outro, tem essa história também. Quando eu começo a falar, a pessoa diz assim, caramba, eu também penso assim, eu também acho assim, também sinto isso, tenho vontade de falar isso, mas não falo, não pode falar. Porque o projeto é esse, o projeto de vida é esse, as pessoas não podem falar, não tem tempo. Quem coloca assim, quem diz assim: "tudo bem fulano?", "Ah, eu estou sentindo…", "Ah, legal. Ah tá, melhoras, tá?" *Cara*, eu nem falei o que eu tenho. Agora quando você fala assim "Ah, que legal, cara, vou lançar um livro", "cara, ah, eu vou levar minha mãe ao hospital, minha mãe vai melhorar". "Ai, hoje eu fiz compra, hoje eu fiz feira." "Ah, hoje eu passeei, hoje eu fui na zona oeste. Hoje fui no CECCOZO de Campo Grande, da Colônia, não sei o quê..". Aí eu

vou na Quinta da Boa Vista, ninguém quer ouvir isso, ninguém quer ouvir o que você está fazendo de bom. Quer firmar na doença, quer firmar na loucura, ninguém tem mais tempo para isso. Estou perguntando aqui, quem foi no cinema esses dias, esse ano? Ah, é pessoa a pessoa lá. Legal. Pelo menos uma.

A gente não tem tempo mais para a gente. A gente tem tempo para ir ao médico. E quando você vai ao médico, você descobre as doenças. Aí sim, se aposentou, acabou. Eu tenho uns 58 anos, eu descobri isso esses dias. Eu estou me transformando, eu fico me perguntando, será que eu vou viver ainda como 58 anos, uma coroa? Porque no meu tempo 40 anos era coroa. Eu me lembrava, meu Deus do céu, quando eu ficava com um cara de 40 anos, meu Deus, vou namorar um coroa? Já pensava lá como aos 15 anos esse medo de chegar aos 40 anos, medo de achar alguém com 40 anos, que eu não vivi os 40 anos dos meus pais. Os meus pais também fizeram 40 anos um dia, e eu não vi. Vocês viram os pais de vocês com 40 anos? Vocês lembram disso? Os pais com 30 anos, com 20, poucos anos? Alguns lembram, é difícil, mas é difícil. Eu não consigo botar na cabeça e lembrar da minha mãe com 30 anos. Eu vi uma mulher trabalhando, uma mulher potente, uma mulher criando seus filhos, uma mulher sofredora, uma mulher lutando com o marido, lutando com a sociedade, lutando com o mundo, lutando com a própria loucura dela, a desmedicalização é isso. É você viver a sua vida, de verdade, que a arte, quando a arte entra na minha vida, a arte começa a me transformar. Não é, não foi a única solução da minha vida, mas começou, foi uma das soluções da minha vida.

Então eu comecei a escrever, não o que eu sinto, fazer um diário, eu nunca fiz um diário. Primeiro que eu não escrevo, tentei agora escrever alguma coisa para falar, não falei nada. Eu escrevi, eu não consigo, eu não consigo fazer resumo, nunca consegui fazer resumo aí na escola. Eu era expulsa da escola, eu tentei fazer os cursos de arte, eu era expulso, porque não dá para fazer uma esfera, fazer um quadrado, mandavam fazer um quadrado, eu fazia uma bicicleta, aí eu porque ninguém me respeita, e eu achava que o professor não me respeitava. Isso, para mim, foi bom. Para mim, isso é vida. Isso é uma história. Quando começam a me chamar para dar palestra, seja qual for, tipo, eles querem ouvir o que, “fala como você sofreu, fala como você sobreviveu”, e eu falo o que eu sou agora. O que passou, passou. Quem vive de passado é museu, e a gente tem que descobrir

isso dentro da gente. Começar a falar e conversar com o outro do seu lado, no ônibus eu falo mesmo cara, eu me sento lá já, o que eu vou fazer? Vou sentar com aquela mulher que parece que ela é boa de fala, aí já me sento do lado, aí começa… blá-blá-blá, aí quando a gente vê… "Tchau, até amanhã, tá, amiga?" "Tchau, amiga". Amiga de viagem de ônibus. Tenho várias, tá gente? Tenho várias. Isso é Rio de Janeiro, isso é muito gostoso, gente. Às vezes você está com o cara do teu lado para viajar lá, uma hora do teu lado, pra Cabo Frio, ou seja, lá para onde for, para viajar, viajar de avião, o cara está lá do teu lado, e você está lá, ou dentro ou do seu lado, ou lendo do seu livro. Você não sabe quem ainda está lá, viaja uma hora com a pessoa do teu lado, você não sabe quem é. Vocês já observaram que você nunca acha bandido, fora do assalto? Imagina só, por exemplo, você pode estar do teu lado em um ônibus, um avião na rua, na fila do mercado, que você não sabe, você não sabe quem está do teu lado, e tem certas horas é melhor nem saber, mas isso tudo é arte, porque arte é vida, arte é transformação.

Eu consegui escrever uma coisinha aqui, gente. Eu gostaria de falar. Queria ser uma metamorfose ambulante, eu prefiro querer mudança, estratégia, desejo de transformar. Não somente minha opinião, mas ouvir o que o outro tem, sente, vê. Me faz entender que eu posso ser, viver do jeito natural, e não com as bulas enormes que me descreve, ou melhor, tenta.

Porque eu passo o tempo todo brigando com o meu médico. A minha consulta é briga. A gente passa aquele tempo discutindo. "Vai tomar isso", não vou. "Vai tomar antidepressivo", eu não tô depressiva. "Vai tomar a fluoxetina". Porque eu vou tomar fluoxetina? Se eu tô bem! Por que eu vou tomar o antipsicótico? Eu não sou psicótica! Por que eu vou tomar remédio para dor? Eu não to com dor! A médica passou para minha mãe - minha mãe não tem nada a ver com saúde mental, remédio da psiquiatria. Eu não vou nem dizer o nome para não ofuscar vocês. Quando eu olhei assim, pensei "ué eu tomo esse remédio! Eu tomo esse remédio para dormir!" E minha mãe dorme, que é uma coisa. Ah, para parar de sentir dor nas mãos. Eu falei assim, caramba, tinha dor nas mãos, e não sabia. Estou curada. Eu lembro que quando a pessoa sai de um consultório, seja qual for, e não sai com um remédio na mão, o médico não é bom. O médico não fez nada. Conversou com a pessoa por uma hora. Não fez nada. Por quê? Não passou remédio". Eu

estava com dor de cabeça, por que eu estava com dor de cabeça? Porque eu estava aborrecida com minha mãe. Por que eu estava com dor no pé? Porque eu andei demais. Por que eu estava com ansiedade? Porque eu estou sem dinheiro. Existe remédio para isso, achar dinheiro na rua? Quantos usuários adoecem porque vão trabalhar. Eu não entendo, gente. Eu não entendo. Então, uma pessoa que não vou nem citar o nome, porque é pessoal, que está aposentada, foi aposentada com 23 anos porque a mãe tinha medo, porque toda vez que ele ia trabalhar, ele ia com uma faca. "Aí, vou matar alguém", se aposentaram ele com 23 anos. Hoje em dia, ele anda o dia inteiro a cavalo, passeia nos vários lugares turísticos da cidade do Rio de Janeiro. Ele faz facas artesanais. E quando fala "trabalho", opa, eu não posso trabalhar! Quando fala do trabalho, ele não consegue, mas porque, gente, por quê? Vocês já pararam a pensar isso, vocês que são profissionais, já pararam pra pensar por que o trabalho ele não consegue fazer e não consegue ir ao trabalho? Cara, quem souber me avisa, que eu tento entender, cara, eu falo assim, "ah tô sem dinheiro..", trabalha! Se você tiver em casa, em qualquer espaço que você tiver em casa você planta uma alface, uma chicória, um cheiro-verde, coloca uma barraquinha ali, a gente dá… Claro, existem aquelas pessoas, não vou dizer o nome, que vão pedir um dinheiro por fora, que isso acontece, tá? Porque não pode ser uma manicure, gente, manicure hoje em dia, eu paguei R$150 na minha unha, eu paguei R$230 no cabelo, fazer depilação R$180,00. E olha só, nós não temos rosto não, tá? Nós temos buço, nós temos bochecha, nós temos queixo, tudo isso é dividido, quem vai fazer a depilação sabe. Quando a mulher chega e pergunta, aqui é tanto, aqui é tanto, eu falo cara eu tenho um rosto só, é dividido por várias partes, meu Deus, e eu vou.

Então isso é não medicalização, eu queria que fosse liberado os profissionais para estarem nos espaços que eu vejo assim, pode estar na reunião do Blocos Zona Mental, que eu sou também presidente de honra do Bloco Zona Mental. "Ah, eu não posso por causa da reunião, porque não me liberou, porque é o horário do meu trabalho, é o dia do meu trabalho" a gente tem essa dificuldade, eles têm, vocês têm, todos nós temos, eu também trabalho. Amplia a hora, horários, do funcionamento do CECCOs, Cecília! Eu sinto muita falta dos CECCOs sábado, porque a minha vida termina sábado e no domingo, para começar a segunda-feira tudo de novo, pensa, tá Cecília, pensa, porque a

gente não tem pra um dia, muito a gente não tem pra um dia no sábado, muito a gente surta durante o final de semana. Quem é profissional sabe, que não sabe o que fazer durante esse final de semana, que o tempo não dá, “eu não tenho o tempo do final de sábado domingo, eu não sei o que fazer”, porque o tempo todo é aquela agitação, quando eu vou ver, chega sábado e domingo: “o que vou fazer na minha vida? Vou pra onde? Fazer o quê?” Viu Cecília? Também Ariadne..

E a valorização dos artistas dentro do serviço de saúde mental. Existem muitos artistas, na saúde mental, muitos, de várias formas, cantores, compositores, escritores, isso é arte, para mim, eu vou mostrar para vocês que arte modifica o homem, arte é um trabalho, arte me faz crescer como pessoa, me faz gerir a minha identidade, porque o mundo já me enlouqueceu, pouco importa o que você fez, a vez das crises são momentos de dizer adeus e, muitas vezes, dizendo que eu estou só, preciso de ajuda, preciso de um solo. Quando eu grito, não é por medo, é por vergonha, vergonha de mim mesma, quando me calo, silencio minhas vontades, meus desejos, minhas formas de dizer que preciso de ajuda. Às vezes ajuda, vem no abraço, vem no olhar, vem no sentimento, vem na presença, vem numa forma que a gente não vê mais no outro, mas eu quero ser essa metamorfose sempre da vida do outro, a poder transformar não somente a mesma, que metamorfose é ampla, é dupla face. Eu queria dizer por um momento que hoje eu estou feliz. Hoje, nesse momento agora, que a felicidade são só momentos. Eu posso dizer, obrigada para vocês, Paulo. Hoje eu estou feliz.

**KAYKY AVRAHAM**

Obrigado, Rogéria, pela colaboração. Agora eu passo a palavra para o Alexandre Wanderley.

**ALEXANDRE WANDERLEY**

Obrigado, Kayky. Difícil falar depois desse depoimento tão lindo, Rogéria. Emocionante. Lelis, bem-vinda. Bom dia a todas as pessoas aqui presentes e também as

pessoas que assistem a gente pelo canal da ENSP. Vou fazer minha audiodescrição, eu sou um homem branco, de cabelos grisalhos. Estou vestindo uma camisa de linho quadriculada, com bege e branco, e estou usando um bóton verde escrito “não jogue fora sua loucura, ela é real”. E é um verso de um poema de um saudoso poeta que se tratava no Pinel, Jorge Romano, mais conhecido como Joe. Eu vou falar aqui muito brevemente sobre a natureza do nosso projeto, a origem, atendendo ao pedido do Paulo de que a gente traga um pensamento, uma contribuição concreta para essa construção de uma agenda de desmedicalização, e agradecer também Paulo, ao LAPS pelo convite, dizer que eu estou aqui na condição de representante do Coletivo Carnavalesco e Ponto de Cultura Tá Pirando, Pirado, Pirou - folia, arte e cidadania. Eu vou falar muito rapidamente dessa nossa história que vai completar 22 anos, estamos aqui com projetos bem longevos, de décadas, literalmente de décadas.

Bom, em síntese, esse projeto é fruto do cruzamento de dois grandes movimentos sociais, que é a luta antimanicomial e o movimento de revitalização do Carnaval de Rua da cidade do Rio de Janeiro. No ano 2000, acontece, de acordo com alguns pesquisadores do Carnaval, uma segunda onda de revitalização do Carnaval de Rua do Rio. A primeira tinha acontecido 15 anos antes, meados da década de 80, com o surgimento de blocos, que eles veem um pouco na esteira dos movimentos de redemocratização do país, diretas já, pessoas que começam a ocupar as ruas e com a redemocratização querem permanecer ocupando esse espaço e é nesse contexto que surgem blocos importantes aqui para retomada do nosso Carnaval de Rua, e me refiro aqui, aliás, na zona sul e o centro, porque a história do Engenho de Dentro tem uma história pujante, mas é uma outra história e, inclusive, como você disse, o papel fundamental do Loucura Suburbana de reacender aquela chama ali. E depois, há um hiato de cerca de 15 anos, a gente tem o surgimento de outros blocos muito expressivos, como o Céu na Terra, o Cordão do Boitatá resgatando o lirismo das marchinhas, a brincadeira das fantasias, e Monobloco experimentando outros gêneros.

Oi? Não, o Loucura Suburbana é anterior. Foi fundado acho que quatro ou cinco anos antes, não me engano, cinco anos antes, 2001. O bloco foi fundado em 2004, e o primeiro desfile em 2005. Então, no ano 2000 eu trabalhava como psicólogo Núcleo de Atenção

Psicossocial do Instituto Pinel, e junto com outros amigos, estou vendo aqui meu querido amigo, parceiro, violonista e psicanalista Oswaldo. A gente animava o carnaval dos internos no período carnaval, que não podiam brincar, e chamando muitos batuqueiros integrantes desses blocos, dessa segunda onda de revitalização, eu tocava no Céu na Terra, tocava no Bangalafumenga, até que na quarta edição, exatamente no Carnaval de 2004, um acontecimento imprevisto, a gente que fazia um baile parado no pátio ali do Pinel, a gente faz um cortejo, eu não sei dizer quem começou a fazer esse cortejo, eu acho que se essa pessoa não tivesse começado a dizer "vamos circular aqui pela instituição" eu não estaria aqui falando de nome desse coletivo. A vida é interessante, né? As situações assim, acontecimentos imprevisíveis, né? Mas o fato é que a gente começou a circular pelos setores da instituição, enfermarias, ambulatórios, tudo mais, e costumo lembrar dessa gafe que nós cometemos, porque terminamos esse cortejo em frente à unidade de tratamento de alcoolista, sem se dar conta de que a gente estava cantando "Se você pensa que cachaça é água, cachaça não é água não". E até hoje a gente pede desculpa a quem estava lá. Mas é interessante que hoje nós temos muitos usuários de CAPS Ad, como o CAPS Heleno de Freitas e CAPS Mané Garrincha, que participam do nosso coletivo.

Então, o que a gente percebe é essa grande afinidade, né Ariadne, Rogéria também, como representante do Zona Mental, entre o espírito democrático do Carnaval de Rua e essa proposta fundamental de promover a integração social da luta antimanicomial, quer dizer, uma grande afinidade que existe nessa ideia, esse sentimento do pertencimento, a identidade comum do brincante, do folião que está na rua ocupando ludicamente a cidade, sem você querer fazer distinção, quem é quem, está todo mundo junto ali. Acho que essa é uma intenção que a gente tem um pouco também de equivocar as pessoas quando vão nos desfiles, muitas vezes não sabe. E, nesse sentido, é importante falar também rapidamente sobre a gênese do nome, Tá Pirando, Pirado, Pirou! que é um nome que causa um certo estranhamento, uma junção de gerúndio, particípio e passado. E quando acontece esse cortejo espontâneo, a gente diz vamos na próxima edição, vamos começar a circular, vamos andar pelo Campus, vamos até a Rua Laura Müller e tudo mais, então a gente se reúne para pensar no nome do bloco e surgem muitas propostas, muitas sugestões de nome, e a que ganha mais votos é a do Gilson Secundino, saudoso,

com esse raciocínio de perto. Se é para fazer carnaval, a gente tem que ser ousado. Não vamos fazer carnaval só para quem está internado aqui no Pinel, no IPUB. Não vamos fazer carnaval só para quem está internado aqui, vamos para a rua brincar com quem ainda está pirando. “Tá pirando, Pirado, Pirou!” está todo mundo junto.

E a escolha foi feita em dois turnos. No segundo turno, o Gilson não estava presente e quando eu fui anunciar a ele, que a sugestão dele tinha ganhado. Ele disse “mas o pensamento... essa sugestão não é minha, é apenas vocalizei o pensamento que estava permeando aqui o grupo Mas agora a gente tem que correr rapidamente para a Riotur, para não ter problema com patente, para ninguém roubar a nossa ideia”. É uma mistura de humildade com muita... Eu costumo dizer assim da alegria que Gilson teria ao saber que hoje a gente integra a principal liga de blocos de rua da Zona Sul e da cidade, que é a Sebastiana, junto com outros 12 blocos, como esses que fazem parte dessa história da primeira onda de revitalização do Carnaval de rua, né, Barba, Suvaco do Cristo, Simpatia é Quase Amor. Bom, então, feita essa breve introdução do nosso projeto, apenas acrescentar que esse primeiro desfile acontece em 2005, ali pela Lauro Muller, a gente vai com um carro dos sindicalistas da Petrobras com uma caixa de som no porta-mala e tal, e a gente percebe que a coisa estava ganhando o corpo, então a gente decide no ano seguinte, ir para a Avenida Pasteur. E aí, a gente tem uma dimensão política, simbólica e poética muito interessante por ser ali o endereço do primeiro hospício da América Latina, fundado por Dom Pedro II, em 1852. Ali, Lima Barreto esteve internado e se não me engano, Paulo pode até me corrigir aqui, mas eu acho que é no Cemitério dos Vivos que ele fala alguma coisa de ver pelas grades do manicômio, o mar da Praia Vermelha, flutuando, o mar de mar sensível beleza quando acordamos pensando que não sabemos sonhar mais. E aí, quer dizer, a dimensão nossa de passar por ali um espaço que foi de confinamento espalhando a nossa louca alegria e indo em direção ao mar, porque a gente vai com um trio elétrico, faz um trajeto super curto ali, mais ou menos da altura da Unirio, até o Pão de Açúcar, onde o nosso ilustrador da logo marca, do bloco, Sammy Chagas, olhou para o Pão de Açúcar e viu os contornos de uma passista gigante e o bondinho é um detalhe do biquíni da passista. E chegando ao nosso momento, digamos assim, apoteótico, costumamos cantar aquele samba do Caetano Veloso com letra do

Oswald de Andrade, no Pão de Açúcar de cada dia, da-nos senhor a poesia de cada dia. E depois, como a gente entende que a única forma efetiva de combate à lógica manicomial da exclusão, da segregação, lembrando Nise da Silveira, construir redes afetivas em múltiplas dimensões. A gente constrói essa rede também dentro do Carnaval de Rua, sempre convidando algum bloco amigo e simpático à causa. Então a gente faz ainda um cortejo acústico, levando o nosso carrinho alegórico da Barca dos Encantados e vai realmente chegar até as areias da Praia Vermelha, a esse mar de mar sensível beleza e joga flores ao mar, fazendo uma espécie de ritual também para chegada do Carnaval, a gente, como o Loucura, desfila antes do Carnaval, sempre domingo que antecede o Carnaval.

Mas dito isso, gostaria de falar, Paulo, agradecer ao convite, e quando você nos convida para esse Seminário, que está pensando em modos de enfrentamento do fenômeno da patologização da vida, da medicalização da vida, a gente pensa também na nossa afinidade fundamental, no sentido que a gente nasce - e acho que posso falar aqui por todos os nossos projetos, a gente nasce provocado pela sugestão basagliana da experiência da Epoqué, da suspensão diagnóstica. E aí, lembrando também o Franco Rotelli, você lidar com o fenômeno complexo da loucura sem vê-la através das lentes da psicopatologia. Você vê a existência, sofrimento em relação ao corpo social. E não só o sofrimento, mas também potencial criativo, lúdico, e é isso que a gente quer potencializar. E, nesse processo de a gente promover ambientes coletivos, acolhedores de estímulo à criação coletiva, a gente vê a emergência de novas identidades, novas subjetividades, seja, como eu estava dizendo, da identidade comum, do folião, do brincante que está na rua, como também a identidade do artista criador, da artista criadora. Então, agora indo ao ponto, quando o Paulo pede que a gente traga contribuições para essa agenda, de pronto eu me lembro daquela formulação da Ana Pitta de que política se faz com amor, ira e dinheiro. Então, claro, me vem também a importância da gente ter mais editais voltados para a natureza dos nossos projetos, projetos de arte, cultura e economia criativa. Hoje está um dia muito especial e muito emocionante aqui, vendo aqui a fala da Rogéria, Lelis que conseguiu chegar, o Elber e o Hamilton, que veio de Brasília, especialmente para estar aqui.

Então, eu queria falar sobre os Pontos de Cultura e falando da nossa experiência do nosso coletivo como Ponto de Cultura. Muitos aqui sabem a política dos Pontos de Cultura implementada no primeiro governo Lula pelo nosso então Ministro da Cultura Gilberto Gil, ou como lembrou o Paulo, Ministro da Saúde Espiritual, que é essa ideia de um estímulo a iniciativas culturais com mais de três anos e as candidaturas contempladas, com direito a um financiamento de até três anos, que o Gil chamava de um *do-in* antropológico, esse estímulo. Tivemos a felicidade de receber essa massagem. Não foi do Gil, foi em 2013, ele já não estava lá, mas felizmente, essa política se tornou política de Estado. E quando a gente olha para esses três anos de financiamento, que a gente fez o edital no finalzinho de 2013, e tivemos o financiamento em 2014 e 2015, esse foi uma diferença muito grande, porque foi o momento em que a gente, em primeiro lugar, realizou o sonho de implementar oficinas de artes carnavalescas semanais. A gente pôde comprar equipamentos, montar uma equipe, ainda que pequena, como a Cris disse aqui, a importância de um número volumoso de pessoas é muito fundamental. É muito mais do que equipamentos e tudo mais.

Porém, passados esses 3 anos, a gente se viu ali com a chancelo, o certificado de Ponto de Cultura, mas sem financiamento. Então, a gente passou dez anos, depois de 2014, praticamente dez anos, sem ter as nossas oficinas regulares, mantendo a chama acesa do jeito que dava, recorrendo a financiamento coletivo, muito trabalho voluntário, profissionais da RAPS que conseguiam negociar com suas coordenações alguma liberação de carga horária, aliás esse é um ponto importantíssimo que a gestão de saúde mental possa reconhecer o trabalho fundamental, embora a gente não tenha a perspectiva propriamente de um trabalho clínico stricto-sensu, o nosso trabalho é de intervenção na cultura.

Bom, eu vou dizer só muito rapidamente que passados esses dez anos, a gente, felizmente, há um ano, reativamos as nossas oficinas do nosso Ponto de Cultura graças à sensibilidade e à compreensão da importância desse trabalho de arte e cultura na interface com a saúde mental, de parlamentares como Flávio Serafini e Taliria Petrone, que com uma emenda nos proporcionou essa retomada, e também graças ao LAPS. Então, nosso agradecimento público aqui ao Paulo Amarante, Ana Paula Guljor e Leandra Brasil. Sem

vocês, a gente não teria conseguido. E, de novo, a gente olha para o que a gente realizou em um ano. É muito nítido. Quando, dizia Ana Pitta, quando o dinheiro entra e a gente, a paixão já está aqui, com a experiência acumulada de mais de duas décadas, as coisas acontecem. Aconteceu muita coisa nesse tempo, né? Nesse um ano, se a gente parar para pensar. A começar pelo retorno das oficinas e semanais, e a implementação de novas oficinas, e destacar aqui duas delas, oficina itinerante de sapateado do samba, da Munique Mattos, uma oficina que se aproxima do nosso coletivo na condição de usuária do Caps Franco Basaglia, e ela desenvolve um trabalho lindíssimo, é uma artista multi-talentosa, como a Rogéria. Então, ela concebeu e coordena essa oficina. Estou aqui olhando para a Mônica também, que criou junto com a Márcia Brasil, Mônica Rainar do CDI, criou uma oficina lindíssima da Ala das Crianças.

A gente teve a expansão dos nossos projetos de geração de renda, economia criativa e solidária, mais de 60 usuários e usuárias e tem atividades remuneradas, seja trabalhando como assistência de produção nos nossos concursos de Samba Enredo no Rio Scenarium, seja na Pasteur, participando da venda dos nossos produtos, recebendo cachês artísticos ou como bolsistas-coordenadores. Vou destacar também aqui, não poderia deixar de falar dessa cativante criatura, que é o Marco Cavalo, que foi fruto de um, a gente tem essa metodologia de trabalho, todo ano escolher um enredo, e a partir desse enredo, desenvolver toda a nossa construção do nosso carnaval, e no último ano escolhemos essa homenagem ao Franco Basaglia, ainda ressoando o centenário de nascimento Franco Basaglia, mas também homenageando também Franca Basaglia, e no enredo é “O Cavalo Azul do Cuidado em Liberdade e a Chama Acesa de Franco Basaglia”, esse personagem interessantíssimo que, como diz o Paulo, depois de sair pelas ruas de Trieste e rodar em caravana pelas cidades da Europa, atravessou o Atlântico, chegou aqui transformado abrasileirado, estruturado a maneira do boi-bumbá, e também com fitas do Senhor do Bonfim, para quem não conhece pode ver o banner que está ali ao lado da escultura do Marco Cavalo, que é ele grávido de desejos e sonhos coletivos, e nós realizamos isso também, e ele tem circulado por aí. Ele chegou na Avenida Pasteur, depois ele foi para a Cinelândia para o 18 de maio, depois foi para o Congresso da Abrasme em Vitória. Inclusive, eu trouxe aqui, porque, conforme ele vai circulando, ele

vai se transformando. Ele é uma metamorfose ambulante também. Então, a gente visitou lá a Igreja Nossa da Senhora da Penha, e eu trouxe algumas fitas azuis para a gente colocar no rabo, na crina do Carvalho, e diz o Kayky que ele vai andar aí também por alguns lugares, tem uma ideia de uma curadoria e uma Mostra de Cinema, e ele está com vontade de circular por aí.

E, agora, talvez mais importante de tudo, dizer que a gente está vivendo um momento muito especial, muito emocionante para nós, esse é um grande sonho que a gente está realizando nesse momento, e isso tem relação com esse financiamento, também com o Parque Bondinho, também está ajudando, da gravação de um álbum, um álbum duplo de 20 faixas, contando essa trajetória de quase 22 anos de criação musical. Agora mesmo tem gente no estúdio Lontra, lá em Laranjeiras, gravando. E eu queria falar que esse álbum, quem está fazendo os arranjos e a produção e a direção musical é o Iuri Bittar, que é coordenador da nossa oficina de composição musical e registro fonográfico ao lado do Enéas Euclidio, que é violonista e que também faz seu tratamento lá no CAPS Franco Basaglia. E o trabalho do Iuri é comovente, é um trabalho extraordinário, com arranjos lindíssimos, convidando muitos artistas, além, claro, dos nossos artistas, oriundos do campo da Saúde Mental, muitas participações, músicos da Furiosa Portátil da Casa do Choro, o samba do André Cabral foi interpretado por Gabriel Cavalcante, do grupo Casuarina, Pedro Miranda, cantando as marchinhas junto com a Hamilton, Gabriel da Muda do Samba do Trabalhador, Nina Wirtti, está ficando uma coisa assim muito linda. Mas nós estamos, ao mesmo tempo, em uma situação de sentimentos misturados, um certo sabor agridoce, porque o álbum tem que estar nas principais plataformas em agosto, e em agosto a gente, se nada acontecer, a gente vai desativar as nossas oficinas do Ponto de Cultura porque o financiamento acabou. Então, é uma angústia muito grande, a gente não saber por quanto tempo a gente vai conseguir.

Então, Paulo, a minha proposição é pensando se quando a política do Ponto de Cultura foi pensada para iniciativas, com pelo menos três anos para financiamento por mais três anos, porque não pensar editais para iniciativas que, de algum jeito, conseguem, com muito sacrifício, se manter em atividade por mais de duas décadas. Um edital para projetos culturais que estão aí sobrevivendo, que possam ter mais de três anos de

financiamento, porque três anos de financiamento é relativamente pouco quando a gente fala de 22, 25, 30 anos, para que que a gente possa passar um tempo maior sem se preocupar com isso, sem ficar angustiado com isso, que a gente possa dirigir a nossa energia e o nosso tempo para a criação. Então, essa é a minha proposta que eu queria trazer. Então, gente, como isso aqui é uma mesa de arte e cultura, a gente queria, assim, quebrar um pouquinho o protocolo de um seminário para uma discussão…

**ARIADNE MENDES**

Eu vou pedir um segundo a você, porque você falou alguma coisa. Quebra de protocolo geral aqui, rapidão. É que eu não fiz nenhuma proposta. E ouvindo essa sua, eu tinha até escrito uma, porque é o seguinte, a minha proposta, Paulo, é que se estreite a relação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Cultura, porque não acho que a questão sejam os editais. Eu acho que a gente tem que ter um financiamento permanente, não é um edital.

**ALEXANDRE WANDERLEY**

Vocês vão viver agora um momento histórico para o nosso coletivo, porque embora o nosso álbum ainda esteja em processo de gravação, a gente termina a gravação no dia 10 de julho, mas depois tem todo o trabalho de mixagem e masterização e distribuição nas plataformas. A gente tem uma faixa desse álbum do nosso maravilhoso artista Hamilton Assunção.

**ARIADNE MENDES**

Que também foi campeão do Loucura Suburbana em 2008 com Samba Arquivos Contemporâneos.

**ALEXANDRE WANDERLEY**

Também campeão do Loucura Suburbana, né? Nosso *bandleader* do maravilhoso Harmonia Enlouquece e o Hamilton, embora o nosso concurso seja um concurso de samba de enredo, as duas vezes em que Hamilton venceu foi com samba reggae e a outra com a marchinha. Nosso concurso é isso aí, diversidade, liberdade, não queremos caixinha podando a liberdade de ninguém. E esse samba reggae do Hamilton, se chama Santo Remédio, a gente pensou nele por conta dessa proposta da desmedicalização, ele tem um verso que diz que a arte é um outro remédio, o Samba é um santo remédio e o valor da solidariedade para lidar com as feridas da existência, dessa existência a sofrimento.

Então, eu queria pedir para o meu amigo aqui da cabine, que é o Elcio, para ele soltar esse som e dizer que quem sentir vontade de dançar, por favor, sinta-se à vontade. Som na caixa, Elcio!

[música] - letra “santo remédio"

Faxina nas ideias
Temos que fazer (eh, eh)
O samba é santo remédio
A letra explica a você

Como é que é amigo?
Caiu na depressão
Já tomou seu remedinho
Para acabar com a confusão

Que a arte é um outro remédio
Corre junto à vida
Solidariedade é tudo
Pra acabar com essa ferida
Tá pirando, pirado, pirou!

Como é que é amigo?
Caiu na depressão
Já tomou seu remedinho
Para acabar a confusão

Que a arte é um outro remédio
Corre junto à vida
Solidariedade é tudo
Pra acabar com essa ferida
Tá pirando, pirado, pirou!

(2x)

**KAYKY AVRAHAM**

O Hamilton agora vai fazer uma capela, temos a presença do Hamilton. O Hamilton pode escolher a música que quiser, de livre autoria.

**HAMILTON ASSUNÇÃO**

Eu posso cantar duas?

**KAYKY AVRAHAM**

Pode tudo!

**HAMILTON ASSUNÇÃO**

Eu fiz esse samba desse ano, eu falo do Tá Pirando, do CPRJ e o do Paulo Amarante, né? Eu falei de Trieste. Eu estava nervoso, muito agitado, não estava conseguindo transportar a minha passagem. Aí eu escrevi essa música de uma hora para outra, assim que o doutor Alexandre falou.

[música]

O Samba
O Samba que eu falo é da Escola de Franco e Franca
Basaglia da Itália
Pro Rio que sempre encanta
Uma história bonita
Que eu vou contar
Movidos pelo amor com a loucura
Democracias, não ditadura
Não damos nenhum passo atrás
Manicômios nunca mais
Doutora Nise já explicou
Com terapias, nos informou
Paulo Amarante, tratar em liberdade
É o que o Tá Pirando e o CPRJ faz
Em liberdade
Paulo Amarante, tratar em liberdade
é o que Tá Pirando, Pirado, Pirou e o CPRJ faz

de verdade.
e também A Nise
no carimbo do doutor.

Oi, Patrícia, um beijo para todos. Obrigado, isso aí é uma massagem no cérebro, né? Vocês conseguem massagear. O doutor Paulo também. Renata, todo mundo, eu amo vocês também. Osvaldos, o Iuri, todo mundo, Edvaldo! Então eu vou cantar agora:

Faxina nas ideias
Temos que fazer (eh, eh)
O samba é santo remédio
A letra explica a você

Como é que é amigo?
Caiu na depressão
Já tomou seu remedinho
Para acabar com a confusão

Que a arte é um outro remédio
Corre junto à vida
Solidariedade é tudo
Pra acabar com essa ferida
Tá pirando, pirado, pirou!

Como é que é amigo?
Caiu na depressão
Já tomou seu remedinho
Para acabar a confusão

Que a arte é um outro remédio

Corre junto à vida
Solidariedade é tudo
Pra acabar com essa ferida
Tá pirando, pirado, pirou!

Vocês são maravilhosos! Um beijo pra vocês e eu não vou ficar muito pra poder ter mais falas.

**KAYKY AVRAHAM**

Obrigado Hamilton! Agora nós vamos pro debate.

**PARTICIPANTE FERNANDA TUXI**

Em primeiro lugar, muito obrigada, Paulo e Leandra, pela oportunidade de estar passando em primeira mão pra vocês. É o meu primeiro filme, é um longa documentário que conta não só a minha história, a minha trajetória, mas de todos os amigos que eu fiz no hospício, ao longo de todas as 16 internações que eu passei. E além de estar passando em primeira mão pra vocês, esse filme está inscrito no Festival do Rio, então muito provavelmente, em breve, vocês vão ver. Hoje está só dois minutos, mas a gente está torcendo para ser aprovado. Então tem uma hora e vinte pra vocês assistirem no cinema, a história de cada um de nós, que suportou embora não sem dor, tudo aquilo que a gente viveu, mas ficou pra trás, como a nossa amiga Rogéria pôde falar, daqui pra frente é isso, gratidão.

[transmissão do filme realizado pela Fernanda Tuxi]

**KAYKY AVRAHAM**

Pessoal, a gente tem uma agenda a cumprir, então vamos ao debate. Eu farei dois blocos e três perguntas para cada bloco. O microfone está disponível e quem se candidata a primeira pergunta. Aliás, essa mesa foi muito importante, cada experiência tem muito potencial e com essa mesa política a gente está alinhado com esse momento político da economia criativa. Muito obrigado ao debate.

**PAULO AMARANTE**

Eu pedi para lá só para dizer que assim, que a frase que o Alexandre falou do Lima Barreto é realmente Cemitério dos vivos. Fazer uma correção aqui de público para quem está assistindo também. É o Cemitério dos vivos que ele fala.

**PARTICIPANTE CECÍLIA**

Alô, alô. Bom dia, gente. Eu sou a Cecília, sou coordenadora do Centro de Cultura e Convivência Pedra Branca, que fica localizado na colônia Juliano Moreira. Colônia que completou 100 anos no ano passado, um bairro todo construído pela Indústria da Loucura, e que hoje é sede do Centro de Convivência e do Bloco Império Colonial, que não está representado nessa mesa, então não poderia deixar de falar do Bloco Império Colonial, que também constrói o Carnaval antimanicomial nesta cidade há 17 anos. Fiquei muito feliz de ter uma mesa e de poder ouvir também Cris de Lopes, além dos companheiros que a gente convive, Rogéria, Alexandre, Ariadne, mas de poder ter a Cris aqui com a gente, uma honra ter uma representação de Cidadãos Cantantes aqui com a gente no Rio.

Mas acho que só para reforçar, que esse ano é um ano muito importante para a arte e cultura, estou aqui com minha companheira Vitória, que é da equipe do Centro de Convivência, Patrícia, pessoas que têm construído o Fórum do Centro de Convivência, uma pena Jéssica não poder estar na mesa para falar mais do Centro de Convivência, porque a gente não pode falar de uma agenda de política pública sobre medicalização da vida, sem falar da importância desse dispositivo que existe há tantos anos na rede, e que

agora, por um projeto de lei de 2024, está começando a ser habilitado. Então, o Pedra Branca é o primeiro Centro de Convivência do município do Rio, e provavelmente o primeiro que vai ser habilitado. O CECCOZO também está encaminhando para isso, o Nereu também, que é o mais novo, e também o Trilhos do Engenho.

Então, só queria reforçar que que não dá para pensarmos na construção de uma agenda de política pública sem pensar na importância que a arte e cultura têm, sem pensar que folia também a liberdade que a gente constrói esse carnaval todos os dias, não é só em fevereiro ou em janeiro antes dele começar, né? Então só para deixar aqui marcado a importância do Bloco Império Colonial também no Carnaval Antimanicomial dessa cidade, e do Centro de Cultura e Convivência Pedra Branca, e agradecer por essa mesa existir dentro de um seminário que fala dessa construção tão importante para a nossa cidade, não só para a Rede de Atenção Psicossocial. Obrigado.

**ALEXANDER RAMALHO**

Então, eu sou a Alexander Ramalho, trabalho no LAPS, com a Ana, Paulo, Leandra, enfim, todos os colegas daqui. E eu queria rapidamente dar um depoimento, na verdade, a minha fala é um depoimento de quanto a potência do trabalho que vocês realizam muda as pessoas, e eu queria falar de mim. Uma parte da minha história está aí nessa mesa, né, Alexandre? Ariadne. Kayky agora na ABRASME, que eu tô e a Cris no LAPS, no trabalho que é realizado, mas eu queria falar basicamente de como o trabalho que a Rogéria produziu mudou a minha vida como um enfermeiro no campo da saúde mental. Quando eu cheguei num CAPS lá em Bangu do Lima Barreto, que eu não sabia quase nada ou nada de saúde mental, muito pouco, o que eu sabia era o que o Paulo tinha me ensinado, o que era muito, mas no campo da prática do cotidiano de um CAPS não. Eu nunca tive prática no CAPS, eu escutava o que era um CAPS, mas a Rogéria chegou e mostrou o que que era o trabalho no CAPS, que ele não era medicalizante, não era medicamentoso, não era patologizante, não podia ser de forma alguma, ele precisava ser a partir da experiência de vida de cada um.

E foi através das bonecas, né Rogéria? De algumas bonecas que a gente pôde construir um trabalho muito interessante. E a partir disso, eu pude sair dessa lógica e entrar numa lógica mais da vida, do bio da vida, como a Cida trouxe ontem, acho que isso mudou inclusive, a minha forma de pensar, Cida. Obrigado. A partir daí, dessa lógica de vida, de biovida, perceber que essa relação não está, de forma alguma, na conduta que a gente aprendeu na Universidade. Ela está na conduta que a gente aprende nas relações de vida, e a Rogéria mostra isso. Ela traz isso para a gente. Acho que sustenta e avança quando Alexandre fala da experiência, da construção do Tá Pirando, que eu acabei participando lá na época do Pinel. E da Ariadne também, na construção do Loucura Suburbana, que eu não sei se você sabe, mas eu estava naquela enfermaria Lugar de Passagem, que foi criada com o fechamento de Paracambi, e foi a única vez que consegui ir no Loucura Suburbana foi quando trabalhava no hospício. Eu saí do hospício e não consegui mais ir por causa do horário, enfim. Mas são lugares que marcaram, e acho que marcaram não só a minha trajetória profissional, mas como de outros colegas também. A partir das experiências de arte, cultura e dessa relação com a possibilidade de pensar a vida não como um remédio, uma contenção, uma prática de exclusão social, mas sim como uma prática de inclusão, então eu queria dar o meu depoimento nesse sentido. Obrigado a vocês.

**PARTICIPANTE FERNANDA TUXI**

Eu queria fazer uma comunicação, na verdade minha pergunta vai para você Rogéria. E também, a todos aqui, antes de perguntar o que eu vou perguntar para Rogéria, porque é uma coisa que realmente me importa, ninguém está aqui por acaso, né? Algumas pessoas estão aqui porque fazem parte do Tá Pirando, outras pessoas estão aqui porque começaram a estudar psicologia, psiquiatria, independente de emenda, de apoio ou não, todo mundo continua aqui, né?

Eu acho que existe um amor verdadeiro, genuíno pela saúde mental, sendo paciente ou não sendo, porque eu acho que vocês que são estudantes ou médicos, doutorados, o que importa é que ninguém para na saúde mental, por acaso. Eu duvido que

alguém tenha escolhido estudar psicologia ou psiquiatria sem ter tido algum tipo de experiência e vivência interna, ainda que ainda não tenha percebido isso ou assumido isso, né? Por isso que, como a Rogéria é bem diz e é a frase, clichê, que de médico e louco todo mundo tem um pouco, mas é porque eu de fato não acredito que existe ninguém normal. É por isso que a Casa Tuxi está há 11 anos existindo e sem ajuda de ninguém, não tem emenda, não tem nada, porque eu nunca quis pedir também. Quando eu decidi que eu poderia buscar algum tipo de ajuda, que eu já estava surtando, eu já estava desistindo, eu encontro dificuldade, mas nem por isso eu desisto. E eu estou aqui muito graças ao Tá Pirando, porque eu passei por 16 internações, e aos 20 anos de idade, eu conheci uma enfermeira, que é a enfermeira Angela do Pinel, que está lá até hoje, e ela me incentivou a fazer parte do Tá Pirando. Eu conheci o Alexandre muitos anos depois, inclusive, e a galera que hoje faz parte da da minha vivência, dos meus amigos, mas eu nunca vou esquecer da intenção daquela enfermeira.

Então eu acho que, independentemente de você estar no hospício ou fora dele, o que faz o local são as pessoas, politicamente, inclusive, não adianta mudar a gestão, a presidência, se não mudar o coração, não muda a nação. É assim que eu penso. Muitas vezes, o psicólogo, ele não está a fim de ouvir essa história. Ele está ali cumprindo um protocolo, e você percebe isso. Muitas vezes eu fui tirada de crises por uma pessoa que estava ali com a vassoura na mão, como a gente estava aqui agora. Às vezes, o cara que é o porteiro, é o faxineiro, ele está ali muito mais de coração querendo te apoiar do que o cara que estudou para estar ali. Essa é a verdade.

Então, eu sou muito grata a diversos profissionais. Inclusive, eu inaugurei o CAPS Franco Basaglia, e hoje, há um mês, eu saí da questão de ser uma paciente do CAPS, porque após cinco anos sendo tratada pelo mesmo psiquiatra, e é aí que eu vou te perguntar, Rogéria, é aí que entra. Eu também tenho o CID que tentam me encaixar e que eu admito isso, porque eu preferi entender que o CID me vêem como um GPS, para eu saber como tratar a crise quando ela chega do que negá-la, porque eu passei muitos anos negando e foram anos de muito sofrimento. Então, hoje eu assumo o meu diagnóstico, porque eu me identifico com o meu comportamento proveniente ao que está escrito na ciência, porém, eu não me resumo a isso, o diagnóstico nenhum vai me definir. E, assim,

eu me tratei, com muitos psiquiatras, aos quais eu tenho muita gratidão, todos os profissionais de saúde mental, que foram realmente meus psicólogos, eu tenho muita gratidão. Vi muitos outros ali para cumprir protocolo, mas os meus eu só tenho a agradecer, que realmente foram meus e que serão eternamente.

Inclusive o Dr. Thales acaba de sair do CAPS e eu saí com ele, porque eu fiquei com tanto afeto, carinho, gratidão e medo, essa é minha pergunta, porque a partir do momento que eu penso assim, porque eu sou bipolar e também sou borderline, e eu tive depressões gravíssimas a ponto de não conseguir até o banheiro, de fazer xixi na cama, depressão severa. E a última que me tirou dela foi o doutor Thales, eu tive essa depressão aos 39 anos, eu estou com 44 e aí eu criei um laço de gratidão, de afeto, assim como os outros profissionais e ele saiu do CAPS, eu segui com ele e ele simplesmente acaba de me liberar de todos os meus medicamentos. Ou seja, ele é realmente o médico perfeito, porém, talvez ele não pudesse fazer isso dentro do CAPS, né? Ele me indicou para fazer o tratamento com o Canabidiol e eu estou começando agora, mas eu confesso que eu tenho medo, entende, Rogéria? O fato de a gente não querer vestir a caixa, essa couraça que um CID nos traz, e a desmedicalização, essa pergunta não é nem só para Rogeria, não, é para todos que estão aqui, porque eu sou super a favor da desmedicalização, eu odeio tomar remédio, por mais que eu tenha essa vida, essa trajetória inteira com vários remédios, CIDs e bulas atrás de mim, eu nunca tomei, tomei ali e depois parava, porque é muito difícil tomar remédio para lidar com quem não toma. O mundo está cheio de louco, se achando normal e eu tenho que me medicar para lidar com essas pessoas, que não fazem terapia, que não tomam remédio, mas a pergunta é, como fugir de uma realidade, porque a depressão é um fator químico, uma ausência da dopamina, de tudo que eu não vou saber explicar cientificamente, porque não sou profissional de saúde mental, eu sou apenas uma paciente.

E aí, como que a gente faz com esse seminário aqui que fala sobre desmedicalização, quando vem a depressão? Para onde a gente vai? Os pacientes graves, porque assim, eu estou sozinha na Casa Tuxi, eu não tenho nenhum psicólogo, nenhum psiquiatra, e metade dos meus funcionários são esquizofrênicos por um diagnóstico. Eu não os considero só isso, mas existe a doença. Amigo, eu não quero viver uma depressão

e nem controlar a crise de ninguém sozinha sem ter condição para isso. Então eu quero entender de você, Rogéria, quando você se sente numa crise, a gente está aqui para aprender, né?

**ANA PAULA GULJOR**

Então, gente, na verdade, o que eu queria estar aqui pensando com vocês era, de certo modo, é uma provocação, meu nome é Ana Paula Guljor, coordenadora do LAPS, presidente da ABRASME, e nesse lugar, a gente tem vivenciado essas angústias junto com os projetos. Então, a gente tem aí os Cidadãos, o Loucura, começando agora com o povo do Loucura, do Tá Pirando, e essa angústia de você iniciar vivendo um sonho, nossa, que maravilha, isso vai acontecer e isso acontece. E viver as angústias, do que vai acontecer depois, vai acabar o financiamento, como é que eu pago? Então, é esse processo, a gente tem vivenciado há alguns anos. Quando a emenda, seja edital, seja emenda, quando começa a ser a regra, isso coloca em cheque tudo o que nós temos falado desde a mesa de abertura até agora sobre a ideia de uma política de Estado.

Uma política de Estado precisa ter fortalecimento, financiamento regular, projetos e regulamentações, sejam normativas, portarias, sejam os projetos de lei. E aí essa provocação veio muito nesse sentido, que eu me identifiquei com essa fala do Alexandre. Os Centros de Convivência e Cultura são absolutamente importantes dentro da rede de saúde, dentro da RAPS, mas eles não traduzem toda a complexidade. Então, quando a gente chama a cultura, é pensando a cidade, é pensando esses dispositivos não apenas dentro da rede de saúde, que precisa ser fortalecido que os Centros de Convivência e Cultura são fundamentais, mas institucionalizar todos os processos de economia solidária, de economia criativa, ele permeia, realmente, políticas transversais. E aí, o Ministério da Cultura, o Ministério do Trabalho, junto com o Ministério da Saúde, precisa estar se debruçando e não apenas se emocionando com a fala de cada um e cada uma. Porque assim, quando chamamos de um artista, o artista tem que ter cachê, porque isso é um trabalho. Ele não vem aqui só pelo amor, apesar de ter muito amor e paixão. Então, eu queria só deixar essa grande provocação, que a gente se emociona, a gente canta, a gente

dança, mas tem que ter um financiamento continuado para que isso possa acontecer, e não todos e todas fiquem caminhando aí às duras custas.

**KAYKY AVRAHAM**

Cida, você vai para o segundo bloco de perguntas… Tá, pode falar, Cida!

**MARIA APARECIDA MOYSÉS**

Não, é que não é uma pergunta para um outro bloco, tá? Eu só queria, nessa questão que a Fernanda colocou para Rogéria, do mesmo modo como o ontem eu disse, não existe infância e não existe adolescência, existem infâncias e adolescências e uma sociedade extremamente desigual, não existe crise. A minha crise não é igual à crise da Rogéria, não é igual a crise da Fernanda, não é igual à crise da Ana Paula, não é a minha crise que tem que ser tratada, sou eu. Então, o que a Rogéria faz quando ela não está bem, não é modelo para ninguém e nem o como eu lido com a minha crise, quem eu procuro. Então, acho que assim, não é a crise que eu sinto, é a Rogéria, é a Fernanda, é o Alexandre. Do mesmo jeito que não é a criança, é o Joãozinho, o Pedrinho, a Mariazinha, né? Vamos nos deslocar para voltar para o sujeito. Obrigada.

**KAYKY AVRAHAM**

Agora, Ariadne, acertei o seu nome!

**ARIADNE MENDES**

Acertou! Bom, eu ia dizer algo na direção que a Cida falou, só que a Cida foi bem radical, porque ela é a mesma, né? Total. E é ótimo. Eu ia dizer porque a gente tem crises, crises na nossa convivência. Eu ia dizer isso. É Fernanda, o nome? Fernanda, querida. É isso mesmo, eu acho que a gente tem que lidar com a pessoa e cada um tem lá a sua forma de resolver isso, a gente lá no Loucura Suburbana, por exemplo, tem pessoas

que têm  crises e a gente, cada um, tem uma maneira de lidar com isso, com essa pessoa fundamentada em tudo que você acabou de dizer, nas relações, porque são nas relações construídas que a gente pode, enfim, expressar a dor e achar caminhos para minimizá-la ou para suportá-la durante um tempo. É isso. Eu acho que não tem, como a Cida falou, não tem fórmula. Mas é isso. Eu ia dizer algo nessa direção mesmo.

E sobre o que Ana Paula colocou, é perfeito, Ana Paula, que você está colocando em relação a questão dos financiamentos, da gente poder ter, concordo perfeitamente também com a questão do que é equipamento de arte e cultura, porque eu sempre digo que o Loucura Suburbana, na hora que a gente se transformou em um Ponto de Cultura, isso foi em 2009. A gente começou a receber o primeiro financiamento em 2010, até 2013. Acho que foi em 2014 também, por coincidência.

No fim das contas, a gente fica no vácuo, e é preciso que a gente tenha alguma luz pra poder continuar! A gente agora está vivendo uma situação que o Alexandre trouxe a angústia dele, a gente não tem dinheiro para pagar a equipe, essa equipe que recebe por MEI. De verdade. E a gente vai ter que dar um jeito, que a gente acaba dando um jeito. A gente está agora com a perspectiva sim, e mais um agradecimento aqui ao LAPS, à FIOTEC, ao Paulo Amarante, à Ana Paula, com a perspectiva de uma emenda, que é o que salvou Alexandre, salvou o Tá Pirando, vai salvar o Loucura, mas imediatamente ela não está disponível ainda, os recursos, e a gente está vivendo essa situação.

**ROGÉRIA BARBOSA**

Oi Ana Paula. Eu queria falar com você uma coisa, a gente depende muitas vezes de editais e eles tem as palavras menores, as letras menores lá no edital, que te obriga a fazer coisas que você não quer fazer. Esse livro é do edital, da prefeitura, da FOCA. E quando você pode falar o que você quer, o que você precisa, não o que eles querem, aí

você está no edital, entendeu? E se você está preso no edital, porque você tem que fazer isso, isso e isso. Caraca, isso é horrível.

Quando a Ariadne fala não somente de editais, a gente tem que passar por isso mesmo, porque o edital é uma coisa muito complexa, se você parar pra pensar e ler lá aquelas coisas todas, a organização, e depois você têm que cumprir no final, tá? Se você não cumprir, vai acontecer isso, e se você está lidando com a saúde mental, lidando com o usuário, com o sujeito, a gente vai começar a pecar, tá bom? A gente precisa saber na hora certa saber dizer eu não vou fazer isso, e falar mesmo, conseguir poder falar isso. Quando você pode falar isso, aí você exige a editar, com liberdade. Editais sem liberdade para mim, não rola, tá bom?

E, Fernanda, eu ontem estava na Assembleia do CAPS, porque eu não gosto da Assembleia, mas é importante, muito importante, que é o que acontece nos CAPS. Ontem eu fui para falar da Assembleia do meu livro com a galera. Estavam falando e estava comentando exatamente sobre não emprestar dinheiro para o outro usuário. Aí eu pedi a palavra e falei, o que tem que ter uma coisa na Assembleia? Isso é de sujeito com o sujeito. Se ele emprestou é porque ele tem. Quem pediu, será por quê? Aí eles alegaram que a pessoa pode estar em bipolaridade, aí você pediu um real, aí você dá 10, dá 20, dá 30, e isso acontece mesmo, é real. Todo mundo sabe que isso é real. A pessoa que está com transtorno, com bipolaridade, se você me pedir dinheiro, vou dar, ou você vai pedir, e é um complicado mesmo, tá bom?

E de repente levantou uma menina, que é a colega minha da Bijuteria Neusa, ela gritou assim, “tu é falsa, tu é cínica”, aí eu fiquei olhando para ela. Aí o médico colou logo nela, queria avançar nela. Aí eu respirei fundo, e falei que a gente pode conversar depois sobre isso. A crise era dela, ela que tinha que resolver com ela. Porque domingo eu tinha ligado para ela e tinha conversado com ela. Na segunda, ela me disse que eu era falsa, entendeu? Então, lidar com a crise é isso, é lidar com o outro, porque a minha crise é uma, a sua é outra. Por exemplo, eu estou em crise, eu enfartei, e médico, o cardiologista falou que eu estava com crise de ansiedade, a minha médica falou que eu estava com crise de bipolaridade, a outra disse que eu estava borderline, e hoje eu estou aqui. Eu vou dizer o seguinte, desmedicalização não é parar de tomar remédio.

**KAYKY AVRAHAM**

Rogéria, a gente tem que dar continuidade para a mesa, tá? Eu passo a palavra, se você não se importa, Alexandre, eu passo a palavra para Cris, aí eu volto para você.

**CRIS LOPES**

Eu ia nessa linha, porque acho que a gente precisa ter esse compromisso de ampliar o conceito de desmedicalização. Ninguém está dizendo que o remédio não é necessário, mas ele não representa tudo. E desmedicalizar, esses *des* todos, é necessário que a gente olhe outras formas de nos aprisionar. Então, é dessas outras formas que a gente também precisa dizer, basta. É um basta para situações que marcam as dores no nosso corpo. Isso tem a ver com o racismo, isso tem a ver com todas as fobias, sejam elas de gênero, ou aquele que se difere da gente, aquele que está numa situação econômica que não é justa. Essas questões marcam os corpos e fazem sofrer, e não tem remédio nenhum que vai tirar.

Eu acho que essa diferença que a gente precisa olhar quando fala em desmedicalizar, despatologizar, desdiagnosticar, é para não encerrar a vida da gente numa categoria que aí te coloca numa situação sem saída. Então, olhar esse contexto é uma obrigação. É uma obrigação da política pública. Se ela não está fazendo, ela têm que fazer. E isso você, cada um aqui, tem que ir nessa direção, porque é uma questão de direito e de compreensão do que é a vida, do que é a possibilidade de você ter um bem-viver. O bem-viver passa por tudo isso. Isso, o cara fez greve, fez greve ontem aqui no Rio porque ele precisa de um bem-viver no trabalho dele, o pessoal estava lá lutando contra o 6x1, por exemplo, essa jornada. Então essas questões não são questões “ah, não tem nada a ver comigo, porque eu não trabalho 6x1”, “essa questão não tem nada a ver comigo porque eu não faço uso de medicação”. Então, o quanto que também nos implica coletivamente de não olhar só para aquela necessidade pontual de cada um.

Eu queria só aproveitar para falar a questão que Ana Paula traz. Acho que tem uma questão aí que eu não concordo. Eu penso que a política pública precisa assumir ações que dão espaço para arte e cultura, justamente não como entretenimento, não como pode ser qualquer negócio que está fora, que é bacana, que nos traz uma alegria, aqui não estamos falando de qualquer negócio. Estamos falando de projetos de mais de décadas, mas como um projeto público que assuma, como política pública, a manifestação criativa que os Centros de Convivência, que aqui vocês chamam de Centro de Convivência e Cultura, em São Paulo, é Centro de Convivência e Cooperativa. Porque a perspectiva do trabalho solidário está dentro, não está fora, está dentro do centro de convivência. A gente participa de uma produção de arte, de uma produção cultural, mas que pode e deve desembocar em autonomia. A gente viu isso. O Coral Cênico sai dos Centros de Convivência. O Loucos pela X de São Paulo sai dos Centros de Convivência. E por aí vai uma perspectiva bastante forte de dar chance para essas experiências, por exemplo, do rio, que tem uma outra realidade, o carnaval aqui é diferente do carnaval de São Paulo. É algo que está intrínseco no cotidiano. Lá são outras as questões intrínsecas. Agora, se não tiver uma política pública que junte ousadamente saúde, cultura, educação, trabalho e direitos humanos, a gente não possibilita essa chance para um bocado de gente.

Quando eu dirigi o Centro de Convivência do Ibirapuera durante seis anos, a gente recebeu num dia um grupo grande de senhoras de uma Unidade Básica de Saúde. E elas vieram porque a enfermeira conseguiu convencer... Vamos conhecer aquele parque, porque não era uma casinha alugada, não era um lugarzinho específico onde ela teria que dizer “onde eu estou entrando?”, porque quando vem escrito algo que identifica aquilo baseado, por exemplo, num diagnóstico, não é facilitador. Por isso é muito difícil para uma criança adolescente querer ir para um CAPS. Por isso é muito difícil para usuário de substância querer ir para um CAPS AD. Eu dou uma supervisão para um CAPS AD na periferia de São Paulo e sei o quanto que isso é difícil, que eles têm que lidar não só com o tráfico que está lá fora, mas também têm que lidar com a marca da…

[interrupção inaudível]

Acho que é super importante. Você está falando que existem outros manicômios, que não é só o hospício, o prédio, são essas relações. Então a gente precisa de espaços

onde você possa se ocupar da vida e não só desse sofrimento, que ele é real, mas você precisa se potencializar para poder enfrentar. Estava falando dessas senhorinhas da UBS que chegaram no Centro de Convivência, e elas não queriam ir. Elas foram porque alguém insistiu, vai lá conhecer, é um parque, né? Aí elas foram porque queriam ficar na UBS, cara. Elas iam para a fila, para falar com o clínico, como se fosse um confessionário, ocupando até, às vezes, da consulta de outras pessoas que estavam com situações um pouco mais delicadas. E muitas delas, quando foram visitar, participaram de uma caminhada para observação de pássaros. Então, o médico tinha dito, vocês precisam mudar o hábito, vai caminhar, não iam. Não era uma prescrição. Elas queriam uma coisa diferente. Quando chegaram e viram a proposta de observação de pássaros, até curtiram.

Aí foi, junto com o adolescente que também estava vendo o pássaro, com uma garota que tinha uma condição, que ficava olhando assim, só para cima, não tinha contato com ninguém. Uma das velhinhas falou assim “por que você está só olhando para cima? O pássaro está bem aqui”, e a garota não respondia, porque ela estava no sofrimento X, que não permitia. Mas a senhora insistiu tanto que ela passou a olhar para a senhora e dar um sorriso. A mãe falou “não acredito, ela nunca fez isso, ela não tinha contato”. Eu sei que essas senhorinhas se espalharam no CECCOs, uma foi para a oficina de mosaico, outra foi para a dança, outra foi para olhar o pássaro. Agora, o que é incrível, que ninguém esperava? A enfermeira falou assim, sabe que a gente está acompanhando essas senhoras, que se espalharam no Centro de Convivência? E a maior parte delas hipertensa, não está mais e hipertensa. Uma parte delas que tinham um grau de diabetes, não tem mais o diabetes. O que aconteceu? O que vocês fizeram? Eu acho que é isso, cara. Existem outras formas de abordar, não é milagre, isso não é mágica, mas a gente precisa entender que existem essas outras perspectivas de conviver, de produzir outra forma de viver, outra qualidade de vida, outro jeito de estar no mundo. Então, eu precisava falar isso, porque desmedicalizar passa por isso, e a política pública precisa investir nesse serviço. É só isso, não. Nisso, Ana Paula, tem razão. Outras ações mais ousadas e incomuns precisam acontecer. Então, não é isso ou aquilo. É isso e aquilo. Mais investimento, investimento que não só são os editais, concordo? Precisa de investimento e entender que essas ações qualificam a vida, mudam a vida, e isso é necessário.

**KAYKY AVRAHAM**

Pessoal, eu acho que a gente está com a agenda, daqui a pouco é o almoço, e eu vou terminar com o Alexandre, ele vai terminar a sua fala.

**ALEXANDRE WANDERLEY**

Obrigado, Kayky. Eu quero começar pedindo desculpas, Cecília, pedindo desculpa, porque eu estava mencionando aqui projetos longevos, e o Império Colonial, como você lembrou, tem quase duas décadas, botando o bloco na rua, e, aliás, dizer aqui que num edital de blocos de rua aberto a todos os blocos de rua do Rio de Janeiro, o Império Colonial ficou em primeiríssimo lugar. E fez um desfile lindo em homenagem ao Bispo do Rosário, né?

Bom, Fernanda, assim, você estava dizendo isso. Você conseguiu agora essa retirada da medicação graças a um vínculo importantíssimo que você fez com o Tales, seu psiquiatra. E ele fez uma retirada responsável, criteriosa. Eu estou muito imerso nesse processo de gravação do nosso álbum e a gente está filmando para fazer um minidocumentário do processo de gravação. A gente está filmando todo mundo que está cantando, sejam os artistas da rede, sejam os músicos e cantores profissionais que estão participando, a gente está entrevistando todo mundo. E poucos dias atrás tem um depoimento incrível da Flávia Cris, que gravou três sambas, junto com o nosso querido Diogo Tapler, do coletivo, e com o Felipe Gonçalves, do CAPS Torquato Neto, e eles estavam contando uma história muito tocante, que a Flávia Cris, a equipe do Torquato Neto, junto com a psiquiatra, percebeu que ela estava super medicada, fizeram uma retirada, não total, mas uma retirada expressiva no esquema medicamentoso dela, e, como resultado, ela começou a cantar e começou a compor. Tudo isso que a gente está vendo, ela ganhou as três últimas edições do concurso Tá Pirando como compositora, e para quem não conhece a Flávia Cris, vale a pena ver aquela potência, “alô, CAPS Torquato Neto, chegou o Tá Pirando”, não vou conseguir, não tenho fôlego pra falar. Quem não

conhece, eu sugiro que dê uma visite em nosso perfil no Instagram @tapirandopiradopirou, tem lá no mural fixado, uma entrevista que ela deu ao Globo Comunidade e outros vídeos maravilhosos, que a Letícia editou, e ela também participando no concurso, no Rio Scenarium, tudo mais.

E agora, quer dizer, respondendo, fazendo coro com o que a Rogéria disse, eu me lembrei que em 2007, o Josimar França, que era presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria, escreveu em uma coluna do Globo um ataque muito virulento à reforma psiquiátrica, descrevendo o nosso campo da luta antimanicomial de uma forma super caricata, tipo “ah reforma psiquiátrica, vocês querem um médico lá tocando violão”, como se a gente fizesse um elogio romântico, que a gente desconsiderasse a questão do sofrimento que é muito intenso, que atravessa essa existência de sofrimento, como os italianos falam, e nós no Tá Pirando resolvemos fazer um enredo que fosse uma resposta a esse ataque do Josimar França, mas a resposta é bem humorada.

E como eu já quebrei o protocolo aqui, eu vou terminar a fala cantando um pedacinho de um samba que será gravado também, e também fazendo referência a esse *bottom*, essa fala, esse verso do Joe, “não jogue fora sua loucura, ela é real”. E do nosso Luis Claudio dos Santos, que não pôde vir aqui, nosso mestre-sala, que soltou essa frase, “Tô maluco mas tô em obra”, vou cantar um trechinho do samba e responde isso, quer dizer, certamente há situações em que a prescrição medicamentosa criteriosa vai salvar uma vida, não se trata de dizer que a gente não pode ter o recurso. Sim, eu acho que Paulo Amarante estava dizendo isso aqui também. Mas então essa letra eu escrevi inspirado nessa fala do Luiz Cláudio Santos e o Alê Ferreira colocou a melodia, mas eu vou cantar só um pedaço:

Não jogue fora sua loucura, ela é real
Entre nessa realeza pra pirar o carnaval
Não jogue fora, sua loucura ela é real
Entre nessa realeza pra pirar o carnaval

Prepare, prepare a aquarela

afina o violão, bota o molho na panela
Enlouquece o barracão

Me desculpe, seu doutor [Josimar França]
Há remédios para loucura
O meu samba é resistência
Minha arte é minha cura

Um remedinho pode ser
Se me cai bem não vou negar
Mas só se for pra temperar
A minha fome de viver

E se eu tiver que me internar
Segura as pontas coração
É só um pulo você vai ver

Eu vou ali volto já
Eu tô maluco ô-lará
Mas tô em obra ô-lerê
Me lapidando na reforma pra valer

Eu tô maluco ô-lará
Mas tô em obra ô-lerê
Me lapidando na reforma pode crer
Eu vou…

**KAYKY AVRAHAM**

Eu vou, antes de terminar a mesa eu passo a palavra para o Paulo, que eu acho que ele quer dar o recado para a área de cultura.

**PAULO AMARANTE**

Gostaria de agradecer a muita gente. Pessoal, vem gente de fora do Estado, gente de outras cidades. Muita gente ficou de fora porque a gente não pode botar todo mundo dentro do mesmo seminário. Há dez anos a gente faz seminários aqui e vai mudando, vai convidando de uma época a um, da época a outra. E eu quase não falo, vocês vejam no fico, dando as minhas opiniões. Eu cheguei a um ponto que eu gosto de organizar esses encontros, propiciar esses encontros, essas trocas, e ver como isso está fazendo efeito. Que estão precisando de pessoas novas, projetos novos. Em algum sentido, a gente pode contribuir com isso.

Mas eu quero mais uma vez centrar. Desmedicalização não é tirar remédio. Muito embora seja muito sério a questão do uso inadequado, excessivo, descuidado de medicamento, irracional. E a gente sabe hoje, o que não sabia alguns anos atrás, que a indústria farmacêutica não nos permite saber como a de tabaco inventou, vários anos, mentiu que o tabaco não causava câncer e todo mundo fumava e era luxuoso, era sinal de poder etc. fumar, e ele dizia não causa. Hoje nós sabemos dos efeitos graves colaterais, dos efeitos das consequências do uso de medicamentos psiquiátricos, que não sabíamos há dez anos atrás. Desde aquele histórico livro que a Letícia falou do Robert Whitaker, o Anatomia de uma Epidemia e outras coisas, tantos mais. Mas é isso, nós não vamos poder fazer a segunda rodada e nem formalmente fazer o lançamento de livros. Porque por causa da questão das condições aqui, fizemos um brunch. Ninguém vai precisar sair para comer, esperamos que o brunch dê conta, satisfazer a nossa alimentação provisória, provisoriamente, e a própria estrutura de montar aqui. Mas assim, os livros vão ser vendidos, o livro da Rogéria está ali, o livro da Regina ta aí, os outros livros. Tem até um livro que fizeram em homenagem a mim, eu fiquei muito orgulhoso. Sílvio escreveu, o Edvaldo, a Leandra, a Cris Lopes, Leandro. Então, muito bacana. Tem outros livros aí

que estão sendo vendidos. A gente pode aproveitar os autores, as autoras aqui para pegar o autógrafo, e vamos direto para o lanche, é isso.

Depois da tarde, então essa mesa da tarde, no final, nós convidamos pessoas especialíssimas aí para resgatar os pontos e tentar transformar numa agenda de política pública o que a gente quer fazer pensando na questão da medicalização. Para além da área da saúde, muito além do medicamento, além da saúde, além desse campo, pensar na área da cultura, do esporte, do lazer, da segurança, da assistência social, do trabalho, da educação, tantos mais. A gente viu que não é restrita uma caixinha. O que a psiquiatria fez foi dizer que loucura, só ela que sabe, só ela que pode fazer. Alguém falou uma vez que a loucura é coisa muito séria para ficar na mão de psiquiatra. Obrigado.

**KAYKY AVRAHAM**

Obrigado, pessoal, agradeço a presença de todos. Vamos ao lanchinho.

## MESA REDONDA

*"Construindo uma agenda sobre a desmedicalização nas políticas públicas"*

**LEANDRA BRASIL**

Vocês ouviram a Rogéria Barbosa falando sobre o desejo de ser bailarina e que, no relato dela, diziam para ela que não existia bailarina negra. Até que um dia ela ressignifica isso através de uma pintura. Essa pintura também vai para um festival de dança, e depois ela escreve um livro. Nesse livro, ela contou numa entrevista concedida a mim e a mais dois colegas que ela iria vestida de bailarina. Então, eu gostaria de, em nome do LAPS, chamar a Waneska, que intermediou esse contato com o Balé Manguinhos. O Balé Manguinhos, que é um balé aqui da região, que faz um trabalho super bonito, que a gente já apresentou na ABRASME, ofereceu um kit bailarina para a Rogéria, que tem uma sapatilha de ponta... É uma entrega simbólica, porque, infelizmente, hoje a gente não conseguiu ir ao território por questões de violência, a gente não conseguiu ir ao território buscar esse kit, mas nesse kit tem uma roupa de balé, tem uma sapatilha de ponta e uma outra sapatilha simbólica para Rogéria. Então é isso, Rogéria. Um abraço.

**ROGÉRIA BARBOSA**

Eu vou ser curta e grossa, né? Cara, eu não sei expressar a emoção, sabe? Não sou aquela pessoa que grita. Se emociona toda, chora, aquele desespero. Caramba, vou ter que tomar um haldol, Fenergan agora, não sei. Tomar o meu SOS. Porra, que foi porreta agora. Eu não sei como... cara, eu não sei o que falar. Eu não tenho o que falar, eu acho que... só agradecer. Obrigada à Fiocruz, ao Paulo, à Leandra, ao pessoal que ajudou, à Waneska… e ganhei aqui um vale, um kit bailarina e um convite para o balé Manguinhos… vai ser dia oito do sete que eu vou ver? Ó… céus, gente, ó perdi o chão, tá? Perdi o chão, preciso ir embora, eu tenho muitos compromissos e preciso ir embora, chorar um pouco no carro, no Uber, tá bom? Só estou muito feliz, tá bom? Só isso.

**PAULO AMARANTE**

Muito bem, pessoal. Boa tarde. Vamos dar início à sessão da tarde. Primeiro, queria lembrar: o balé Manguinhos é uma companhia de balé, aqui da comunidade Manguinhos, criada há alguns anos com uma querida companheira, militante dos Direitos Humanos, da luta pelos espaços culturais na favela, Daiana Santos, que faleceu aos 32 anos de Covid, naquela tragédia que foi a Covid aqui no Brasil, a forma como o Estado, a política e o governo daquela época tratou isso. E a Daiana também foi objeto de muito descrédito; ela, uma mulher negra, criando um balé numa comunidade predominantemente negra. Então, as pessoas diziam: "mas o que você vai fazer? Você está ensinando dança?". Ela dizia: "Eu não ensino dança, eu produzo esperança. Eu quero criar anti-destinos". Essa frase dela é linda. A gente usou em uma série de coisas, inclusive no filme que a gente fez: Coisas de Favela. Então, o Balé Manguinhos hoje se apresenta em grandes teatros. É uma companhia que tem mais de 350 adolescentes e crianças. É lindo. E eu acho que um compromisso que a gente pode fazer é que, na próxima apresentação do Balé Manguinhos, a Rogéria seja uma das nossas convidadas também, não é isso? Tá bom, Rogéria? Fica de sobreaviso.

Antes de começar a mesa propriamente dita, a gente recebeu uma manifestação de pedido de apoio, de divulgação do que está acontecendo na Venezuela. Já com toda a história da Venezuela recente, vocês sabem, uma invasão e a destituição do seu presidente da república, toda essa situação. Vamos projetar aí uma carta de pedido de apoio e Eduardo Caron vai acompanhar essa apresentação. Eduardo, por favor, se quiser vir aqui para sentar-se.

**EDUARDO CARON**

Uma rede de atenção psicossocial na Venezuela que enviou isso para mim e, porque eu estou participando do seminário, me pediram para divulgar aqui um pequeno texto "Venezuela, urgente, rede de atenção psicossocial sem fronteiras: a Venezuela

enfrenta uma grave crise humanitária após o terremoto de 24 de junho. 1.943 mortos, 10.571 feridos, 50.000 desaparecidos, números que continuam a aumentar à medida que avançam os trabalhos de busca. Hospitais e centros médicos atingidos encontram-se em estado crítico ou sofreram danos estruturais. Colapso dos serviços de medicina legal, necrotérios e insuficiência dos sistemas de registro de vítimas e pessoas desaparecidas.
Há dificuldades para a proteção da população sem habitação, debilidades da defesa civil numa situação de vulnerabilidade econômica em consequência de sanções internacionais.
A CREARTE SALU, composta por professores da Universidad Nacional Experimental de Las Artes e da Universidade Bolivariana de Venezuela, constituiu uma rede de acompanhamento psicossocial sem fronteiras, voltada para cuidados comunitários, atenção a emergências e catástrofes contenção pós-traumática com ênfase na reabilitação subjetiva.
A representante dessa rede no Brasil, a professora Alejandra Astrid Leon-Cedenhõ, do Departamento de Psicologia Social Institucional da Universidade Estadual de Londrina, para apoio, contate, criartsaluvenezuela@gmail.com ou pelo PIX, número 2145893-4829. Se alguém depois necessitar, eu passo o número pessoalmente. Obrigado. Pode ser copiado aí.

**PAULO AMARANTE**

Obrigado, Eduardo. Bem, então, pessoal, vamos começar a mesa, que é a última desse seminário, e que é uma mesa, então, que nós fizemos no sentido de organizar, recuperar os aspectos mais importantes trazidos aqui e, com isso, construir, efetivamente, uma agenda de incidência política no campo geral das políticas públicas, pensando na ideia do conceito ampliado de saúde, qualidade de vida, defesa da vida, etc.

E, para essa mesa, nós convidamos pessoas que, por seu lugar, tanto de liderança política quanto acadêmica, de reconhecimento, de experiência, de vida, de prática, de pesquisa, de docência e de produção, pudessem nos ajudar nessa tarefa difícil. Hoje, lembrando um pouquinho a Ariadne, quando ela falou que, naquela época, a gente não tinha essa perspectiva da cultura, etc. Em cada momento da história, a gente tem algumas

prioridades, tem algumas coisas que a gente vê. Naquela época, era enfrentar a psiquiatria conservadora, o paradigma psiquiátrico, o paradigma manicomial, o asilar. E nós vamos, a Isabelle Stengers ensina isso. Quando a gente vai andando, a gente vai vendo novos horizontes.

Hoje, vemos como a arte-cultura é fundamental, a criação de redes mais amplas de cuidado, a economia solidária, a geração de trabalho e de renda - e não só de renda, mas de trabalho, de possibilidade de vida. Então, é isso. A gente vai inventando o futuro, construindo o futuro. A gente vai fazendo um futuro que a gente vê como sendo o melhor para aquilo que a gente deve lutar. É muito importante essa construção. A gente ter uma agenda, uma tese, linhas definidas de produção de política, de enfrentamento, há o que defender, há o que negociar no campo dos movimentos sociais, do legislativo, do executivo, etc.

Bem, então eu vou convidar para a mesa, na ordem em que vão ser apresentados: Sílvio Yasui, professor associado do curso de psicologia da UNESP-Assis, psicólogo.

Em segundo, a segunda companheira aqui na mesa: Cláudia Braga, professora da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, consultora nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Cláudia é terapeuta ocupacional de formação acadêmica, tem uma série de outras contribuições.

A terceira pessoa: Eduardo Mourão Vasconcelos, professor aposentado da Universidade Federal do Rio de Janeiro e militante da luta antimanicomial. Eduardo é psicólogo e formado em Ciência Política. Professor do serviço social também. E essa coisa de que ele é professor aposentado é papo furado, tá? Está trabalhando mais do que antes…

Na sequência vem a Patrícia Dorneles, professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro, coordenadora do Laboratório de Artes, Cultura e Acessibilidade e Saúde. Também é terapeuta ocupacional. A Pat esteve com a gente aqui nessas duas construções de política: o Loucos Pela Diversidade e o Nada Sobre Nós Sem Nós.

Iracema Polidoro, militante do movimento da luta antimanicomial desde os anos 80, fundadora da associação de pacientes, amigos e familiares da colônia Juliana Moreira, APACOJUM. É uma histórica militante dos direitos humanos e da saúde mental.

Começamos com o Sílvio Yasui, depois a Cláudia, e eu vou rever aqui, que eu fiz na confusão dele, acho que seria o Eduardo, a Iracema e a Patrícia. Está com você, Silvio.

**SILVIO YASUI**

Boa tarde para todos, todas e todes. Vou fazer minha descrição. Eu sou branco e de ascendência oriental. Estou vestindo uma camisa verde, uso óculos e tenho meus cabelos embranquecidos pela minha idade. Ao Paulo, queria agradecer o convite. E, depois do convite, ele falou: "você vai ter que ir junto com o Eduardo, com a Cláudia, e com a Iracema fazer um resumo do que foi discutido". Depois eu pensei: "isso é um convite ou uma maldição?"

Então, o que eu tentei fazer… Como todos que estão participando aqui puderam perceber, foram dias bastante intensos, com muitas ideias, muitas contribuições. Então, o que eu tentei fazer - o mais objetivo possível - foi pegar especificamente aquelas proposições. E, na mesa 1, eu consegui pegar, além das proposições, alguns aspectos mais teórico-conceituais que foram apresentados. Na mesa 2, eu não consegui. Então, fui direto para aquelas pessoas que estavam exatamente fazendo as proposições. Então, já peço desculpas antecipadamente para a Cecília porque eu não consegui captar as proposições dela.

Então, essa primeira sequência da mesa 1: "Enfrentando a medicalização e a patologização da vida a partir do conceito ampliado de saúde", coordenada pelo Edvaldo, com a Luciana, a Cida Moysés, Rossano Cabral e o Holmes Martins; e a mesa 2: "Escolas, instituições e territórios desmedicalizados: é possível?", coordenada pelo Lucas, com a participação da Cecília, a Cláudia, o Reinaldo, o Leo Salo e a Letícia.

Eu tentei dividir em: contribuições analíticas, diagnósticas, reflexões críticas e identificação do problema; e ações concretas, recomendações e políticas a implementar. E uma boa parte, também, em especial hoje, na parte da manhã, foram relatos de experiências exitosas. No dia de ontem também, a gente também teve relatos de experiências exitosas, em especial na mesa 2.

Eu tentei agrupar em alguns eixos, então estou nomeando, aleatoriamente, um eixo de “Desigualdades estruturais e políticas públicas”. Então, algumas contribuições analíticas: a Luciana Surjus identifica como a guerra às drogas opera como uma guerra contra a população negra e periférica, sendo tratada como problema de segurança, e não da saúde; como problema de segurança, e não de direitos. Ela aponta o subfinanciamento crônico, causado pela emenda constitucional [EC 95, de 2016] que congelou os investimentos federais por 20 anos, e que levou ao fechamento de CAPS e precarização da rede. Destaca a tensão entre a abstinência obrigatória e o cuidado em liberdade. Também destaca os profissionais de redução de danos, que enfrentam resistências institucionais. Identifica o estigma institucional, que impõe barreiras de acesso e condiciona o cuidado à abstinência.

Já a Cida Moysés analisa que a medicalização e a patologização da vida são estratégias biopolíticas e que as políticas públicas expressam correlações de força e segmentos hegemônicos. Diagnostica que as políticas públicas atuais são medicalizantes e patologizantes e que a formação está privatizada, aligeirada, patologizante e mercantilizada. O Rossano já alerta para a necessidade de contextualizar o conceito da medicalização, ressaltando que a discussão é recente e complexa.

Indo agora para as proposições. A Luciana, então, apresenta as seguintes proposições: que se formem redes de cuidado que atuem de forma intersetorial, reconhecendo as especificidades: para a população negra e periférica, com políticas anti-racistas e com monitoramento de disparidades; para as mulheres que usam drogas, considerar estigmas, violência de gênero, risco de perda da guarda, articulando rede de proteção às crianças; para a população LGBTQIAPN+, acolhimento afirmativo e profissionais capacitados; para pessoas em situação de rua, redes territorializadas sem condicionar acesso; e, para a população indígena e quilombola, práticas culturalmente seguras e respeito à autonomia.

Já a Cida Moysés, de maneira muito clara, propõe a revogação da Lei 13.438, que fala do risco psíquico e do rastreamento universal, defendendo a caderneta da saúde como o instrumento adequado para se acompanhar o desenvolvimento das crianças. E propõe, também, - e isso é uma proposta mais ampla e genérica -, a subversão da lógica de

conformação das políticas públicas pelo mercado, por uma atuação mais ativa dos atores dessas políticas.

O segundo eixo eu agrupei em “práticas clínicas inovadoras e cuidado integral”. As duas contribuições analíticas da Luciana: ressalta as experiências exitosas, que demonstram a viabilidade de cuidado em liberdade - consultório na rua, centros de convivência, unidade de acolhimento, suporte entre pares, o modelo do Friendship Bank do Zimbabwe, e também soluções baseadas na natureza.

A Cida relata a experiência da Atenção Integral à saúde das crianças em Campinas, apontando aqueles desafios primeiros. Ela relata como foi essa experiência, baseada numa equipe multiprofissional, projeto terapêutico singular e individualizado, o envolvimento da família e da escola, um termo de acompanhamento de prescrição do psiquiátrica com termo de responsabilidade, reavaliações a cada três meses e tempo máximo de uso de 24 meses.

Sobre essa ideia das experiências exitosas, elas são importantes porque balizam uma certa possibilidade da gente tê-las exatamente como experiências a se pensar, a se reproduzir, enfim. O segundo, ainda dentro desse eixo de práticas clínicas. Então, algumas proposições.

O Holmes Martins propõe a implementação da clínica ampliada numa centralidade na pessoa, e não no diagnóstico, instâncias dialógicas de cuidado compartilhada entre usuários, famílias, equipes e território, reconhecimentos determinados sociais, culturais, laborais, ambientais, construção de PTS’s e fortalecimento da autonomia e da cidadania.

Além disso, propõe o Intercuidados, que basicamente se traduziria em uma resposta precoce à crise, respostas telepresenciais imediatas em crises psicóticas, acesso pela via da telemedicina ao profissional de referência, cuidado em rede, decolonização do idioma, acompanhamento longitudinal, uso criterioso de psicotrópicos, desmedicalização assistida e gestão do risco iatrogênico.

Já a Luciana propõe investimentos de práticas e estratégias comunitárias para ressignificar os diagnósticos, tendo como referência, por exemplo, o grupo de estudos e pesquisas Diversos, do qual ela faz parte.

Reinaldo Lima propõe essa ideia do diálogo sobre infâncias, espacialidades, olhares e vivências. Relata a experiência, especialmente da escola desmedicalizante do município de Areal, como uma possibilidade de uma experiência exitosa a ser observada e servir de inspiração. O Leo Salo fala do coletivo Experimentalismo Brabo, também nessa perspectiva da experiência exitosa.

Aí, a gente tem o eixo 3: “gestão do uso racional de medicamentos”. As contribuições da Luciana relatam um pouco a partir da GAM, dos problemas críticos como falta de informação dos usuários sobre medicamentos receitados, a comunicação precária entre profissionais e usuários, a ausência de discussão sobre os efeitos indesejáveis e falta de acesso.

Já o Rossano propõe um olhar crítico para o serviço, questionando o uso que eles estão fazendo da medicação. Nessa mesma linha, propõe um censo/mapeamento da quantidade de psicofármacos utilizados nos serviços. Propõe, ainda, nessa perspectiva, um protocolo de acompanhamento e prescrição para as equipes, e um debate com os laboratórios públicos para as pesquisas não-reducionistas sobre os medicamentos.

Já a Luciana, nessa mesma linha, propõe recolocar o uso dos medicamentos no contexto do tratamento, e ampliar as dimensões consideradas nos processos de avaliação e intervenção em saúde mental. E, ainda nessa perspectiva também da GAM, possibilitar a apropriação para que os usuários se aproximem da medicação que lhes convém, oferecer ferramentas que organizem a prática no serviço.

O Holmes propõe o uso criterioso de psicotrópicos, desmedicalização assistida, quando indicada, e a atenção à gestão do risco iatrogênico. O quarto eixo é: “diagnósticos e desmedicalização”. Rossano alerta para a necessidade de contextualizar o conceito da medicalização e a Cida Moysés analisa que a medicalização é uma estratégia biopolítica que exige um enfrentamento com estratégias contra-hegemônicas.

Proposições: o Rossano aponta para uma educação permanente sobre o uso e os limites diagnósticos, com atenção à implantação do CID-11, pensando exatamente nas ações de qualificação dos profissionais, pensando também na alternativa do CIF, da classificação internacional de funcionalidade, como alternativa ou complemento ao CID.

A Cida Moysés propõe construir políticas públicas contra-hegemônicas, e aí vem os “des-”: despatologizem, desmedicalizem, desmedicamentalizem e desdiagnostiquem. Muitos “des-”, mas...

Holmes propõe a Política Nacional de Desmedicalização Assistida e Gestão do Risco Iatrogênico, inclusive para a realização de diagnósticos.

A Letícia do Amaral - e aí já estou incluindo também a contribuição da mesa da tarde - propõe fortalecer alternativas de desmedicalizantes de cuidado, rever a centralidade do psicofármaco no cuidado de saúde mental, consolidar uma política de desprescrição gradual e segura, rever a centralidade do diagnóstico como condição de acesso aos direitos e fortalecer e radicalizar a política de inclusão social.

O eixo 5 é “educação, formação e comunicação”. Relembrando a fala da Cida: a formação é privatizada, privatista, aligeirada, patologizante, tecnificada e mercantilizada. Esse é um alerta bastante importante.

Reinaldo oferece uma reflexão crítica sobre a linguagem como atravessamento de todas as práticas pedagógicas e a dialogia como elemento principal da análise dos contextos. Propõe também reflexões sobre a visão de crianças e das infâncias.

Proposições: uma educação permanente para a prevenção de iatrogenias, e também a Comunicação Popular em Saúde. O Rossano propõe também educação permanente sobre usos e limites do diagnóstico. A Cláudia Gomes propõe uma disciplina obrigatória sobre medicalização e desmedicalização da vida nos cursos de formação e educação em saúde. Propõe uma agenda de formação permanente de desmedicalização com cursos remotos, 100% EAD e gratuitos.

O Reinaldo propõe a formação continuada em dois eixos principais: a linguagem com o atravessamento de todas as práticas pedagógicas e a dialogia como elemento principal de análise dos contextos. Propõe também uma análise de conjuntura, com uma visão outra da escola em relação ao seu próprio cotidiano.

Por fim, o eixo 6: “legislação”. A Luciana coloca uma reflexão importante: sonhar redes é um ato de resistência organizada, recusando o abandono das populações vulnerabilizadas, disputando narrativas, nomeando a saúde como questão de direitos e não de segurança, e defendendo a democracia com um projeto político de sociedade.

Nesse sentido, as proposições: o Rossano propõe, sobre a lei que obriga a existência de psicólogos na escola, trazê-los para a discussão sobre a medicalização. Então, aproveitar que, já que existe essa lei, conquistar corações e mentes dos psicólogos para esse debate.

E o reforço desse debate da medicamentalização, da medicalização etc., na pauta do Legislativo. Holmes Martins propõe, ainda, a lei do consentimento informado ecológico, a lei da ecotoxidade dos medicamentos. O Holmes foi mais além. Ele trouxe, inclusive, minutas dessas proposições. Propõe o estatuto de direitos na educação, uma política nacional de desmedicalização assistida, gestão de risco iatrogênico, inclusive para o diagnóstico. Objetivos estratégicos: ampliar a proteção das pessoas e ecossistemas, reduzir danos relacionados ao cuidado e iatrogenias, integrar a saúde, educação, ambiente e direitos humanos, fortalecendo políticas orientadas para a prevenção e para a promoção da saúde integral.

A Cida propõe a revogação da lei [13.438], então, novamente. A Cláudia propõe a construção de uma diretriz nacional de um cuidado desmedicalizante. E aí, por fim, na manhã de hoje, o debate "Arte, cultura e economia solidária como dispositivo de ressignificação da vida", eu peguei, basicamente, as propostas que foram apresentadas.

A Cris Lopes apresenta as propostas, ela faz uma apresentação primeiro dos CECCOs e dos Cidadãos Cantantes, antes. Ela propõe, então, um centro de convivência e arte-cultura e economia solidária no SUS. Propõe recuperar essa denominação: a inclusão de arte-cultura e economia solidária. Os CECCOs como dispositivos intersecretarias, interministérios, a serem plantados em parque, praças, centros desportivos, com equipes robustas de profissionais da saúde, cultura, esporte, meio ambiente, e trabalho. Propõe o investimento na formação continuada de profissionais dos CECCOs, para garantir a compreensão e manejo nesse novo paradigma. Propõe o apoio ao PL 2726 de 2022, do Plano Nacional de Convivência Sociocultural e Economia Solidária da Deputada Federal Luiza Erundina, que está em tramitação.

Propõe que coletivos artísticos como a Companhia Artística Cidadãs e Cidadãos Cantantes possam ter incentivo com pontos de cultura e acesso a editais. Propõe que coletivos longevos e estruturados no trato artístico e decolonial com populações

heterogêneas como o Cidadãos Cantantes sejam demandados pelos ministérios, sobretudo da saúde e cultura, para realizar oficinas de potencialização. E propõe que o Observatório Nacional de Prevenção e Pósvenção do Suicídio nas Universidades e Escolas de Ensinos Médio e Fundamental seja referência em sua expertise para as políticas públicas de saúde, cultura e educação.

A Ariadne Mendes faz duas propostas: que a arte e a cultura façam parte da política de saúde mental, e estreitar as relações nessa perspectiva para que isso aconteça. Estreitar as relações entre Ministério da Saúde e da Cultura para um financiamento a longo prazo.

Muitas dessas propostas têm a ver com essa ideia, em especial na arte e cultura, de financiamentos a longo prazo, e não apenas por editais. Parece incorporar exatamente como uma perspectiva a longo prazo, e não pontual.

A Rogéria Barbosa, com a sua narrativa de vida e superação com o encontro com a arte, são também potentes inspirações, tanto quanto essas experiências exitosas que foram ressaltadas anteriormente.

O Alexandre Wanderley também faz o relato da experiência do bloco Tá Pirando, Pirado, Pirou! citando a Ana Pitta: “política se faz com ira, afeto e dinheiro”, e propõe mais editais para a cultura. Ressalta a importância dos pontos de cultura, resgatar essa ideia dos pontos de cultura, e editais para projetos culturais por mais de três anos. Vai na linha do financiamento a longo prazo.

Acho que eu consegui resumir. E a gente está combinando com o Eduardo, para a gente tentar, depois, com a Cláudia e com a Iracema, para a gente depois tentar fazer uma coisa um pouco mais sistematizada, a partir das contribuições. E, por fim, eu estou... para quem não me conhece, eu fui psicólogo do primeiro CAPS do Brasil, que é o CAPS Luiz da Rocha Cerqueira. E depois, então, eu sou um trabalhador da saúde que, pelas vias do destino, acabou indo para a academia. Então, eu saí da ponta e fui para a academia. Então, eu saí daquele que está no trabalho e vai para a formação.

Então, o tema da política de formação e qualificação dos trabalhadores me toca bastante. Eu queria fazer uma pequena fala, nesses cinco minutos que me restam. Vou resgatar uma frase que é meia do Paulo Freire e meia do Carlos Rodrigues Brandão,

porque o Paulo Freire fala uma frase parecida, e o Carlos Rodrigues Brandão numa biografia do Paulo muda um pouco.

A frase é assim: “a educação não transforma o mundo, a educação muda as pessoas, e as pessoas transformam o mundo”. Os serviços CAPS, NAPS, CERSAMS, Espaços Abertos ao Tempo, e tanto os outros, nasceram desse encontro entre a demanda daquelas pessoas que se apresentavam nos serviços, pedindo ajuda, socorro, apoio, e essa posição ética, política dos trabalhadores que não se conformaram e que ofertaram um outro espaço, um outro lugar no qual a pessoa podia ser acolhida e ouvida do jeito que a pessoa era e ser, mais do que isso, convidada a construir esse lugar e esse espaço. Espaço para pensar e construir outros modos de viver, que resistam à homogeneização, à ausência de pensamento que fomenta o fascismo que se expressa em nosso cotidiano, que enfrente os múltiplos desafios que se apresentam, para que cada um de nós possa viver e levar a vida na sua potência.

Penso que ofertas de qualificação dos profissionais podem servir como recursos importantíssimos para reencantar o mundo do trabalho. Eu sou apoiador de alguns supervisores e de um projeto de supervisão clínico-institucional, e o que eu tenho mais ouvido são que as pessoas estão cansadas, desanimadas e desacreditadas. Acho que a gente precisa reencantar esse mundo. E acho que a qualificação abre espaços para conversa. Debates como esse, que fazem parte do processo de formação, são extremamente importantes, porque é reencontrar esse prazer da troca, de estar junto, de construir histórias e fazer a diferença na vida das pessoas.

São esses encontros, norteados por essa perspectiva ético-política, que, para mim, sempre foram o meu alimento, quando eu trabalhava no CAPS e imagino que esse é o grande alimento, e o sentido que faz desse nosso ofício tão desafiador, tão complexo, mas tão belo e único. Obrigado.

**PAULO AMARANTE**

Obrigado, Sílvio. Além dessas organizações, dessas sistematizações que vocês estão fazendo aqui na mesa, nós vamos ter, evidentemente, um coletivo de pessoas aqui

do LAPS e todos os e as convidadas aqui, que nos ajudarão a construir um documento final, aproveitando para falar isso. Vamos também abrir um formulário que vai ficar disponível durante o período para contribuições que aparecerem, para pessoas que têm alguma proposta. E eu quero lembrar mais uma vez: dentro da bolsinha que vocês fizeram receberam na inscrição, tem um fanzine da economia solidária que nós elaboramos aqui, o pessoal do LAPS, com pessoas ligadas à economia solidária de outros setores, que é um documento também muito importante, e eu acho que seria legal vocês entenderem que ali tem contribuições, tem documentos, inclusive, com QR code que pode ser acessado.

E se alguém ainda não tem por algum motivo, a gente tem aqui em quantidade, se alguém quiser levar também alguns para os seus locais de trabalho, de reunião, de atuação, a gente tem aqui também. Então vou passar para a Cláudia Braga. Obrigado, Cláudia.

**CLÁUDIA BRAGA**

Obrigada a você, Paulo. Queria começar, inclusive, agradecendo o convite para estar aqui nessa mesa, participar desse evento. Eu considero muito importante a discussão que está sendo feita nos últimos dois dias, queria saudar essa iniciativa do LAPS/FIOCRUZ aqui, em nome do Paulo Amarante, mas estender esse agradecimento, enfim, saudar essa iniciativa a todos, todos que trabalharam para, de fato, construí-la.

Eu considero que essa é uma das agendas centrais que a gente tem hoje na Reforma Psiquiátrica. Eu sou uma mulher branca, de cabelos cacheados, estou com óculos vermelhos, e um casaco verde. E dizer que, assim, agora na hora do almoço, entre alguns sanduíches, a gente foi pensando como a gente ia conduzir essa mesa, enfim, discutir as propostas… queria agradecer muito o trabalho do Sílvio. Eu fiquei pensando, Sílvio, assim: “que bom que você foi relator de muitas conferências, de saúde mental”, porque… É isso, gente. Você aprende isso no processo, a fazer o que você fez aqui. Facilitou muito, acho que para todos nós.

Então, nessa linha, já reconhecendo e agradecendo aqui a sistematização que o Sílvio fez, eu vou buscar - não reproduzir as propostas, evidentemente -, mas fazer

algumas reflexões sobre elas para que a gente possa pensar juntos, em como a gente coloca essas propostas de fato aí no mundo da vida, coloca elas para jogo. Como eu disse anteriormente, na minha avaliação, essa é uma agenda central da reforma psiquiátrica brasileira hoje, nas suas múltiplas dimensões. E é uma agenda central da luta antimanicomial.

Eu estou dizendo isso porque eu queria começar registrando - como foi afirmado expressamente, em algumas falas, e, para um bom entendedor, isso era o contexto de fundo -, que essa agenda é uma agenda política. Ela tem laço, ela tem lastro, e ela é parte de uma agenda maior, que é a agenda da desinstitucionalização, no âmbito da reforma psiquiátrica brasileira.

E, quando eu estava pensando isso, me ocorreu que ia ser aqui mais um “des-”, e esse é o “des-” que nos interessa muitíssimo, é despatologizar, desmedicar, desdiagnosticar, despreconceituar - eu escutei hoje essa aqui na mesa -, desamarrar também foi dito, e a gente faz isso para desinstitucionalizar, para mais direitos, para mais democracia. Porque, pensei com o Hamilton Assunção, que assim como a gente tem a música “Brasil com P”, talvez a gente tenha que ter a “Saúde Mental com D”, poder falar desses muitos “des” que a gente coloca para jogo. E, para compartilhar com vocês, eu tenho lido muito Milton Santos nos últimos tempos. Eu tenho retomado autores dos anos 80 e 90, estou em uma onda de fazer isso, de leituras desses anos, desse período. E esse ano é o centenário de Milton Santos, que nos emprestou um conceito fundamental para Reforma Psiquiátrica Brasileira, para a Rede de Atenção Psicossocial, que é a discussão de territorialidade.

E o Milton Santos, numa palestra que ele fez nos anos 90, fala que: “Nada se resolve a partir do domínio da técnica sem que o dado político seja posto em primeiro lugar. Quando falo em política, me refiro àquela que é o desejo das pessoas, que pensam, que desejam e que pretendem com o seu trabalho melhorar o mundo, para que melhore o seu país e o seu lugar”. E eu acho, pegando pelo final da fala do Sílvio, que a gente precisa recordar que essa agenda também é uma agenda política, e que precisa ser de um certo encantamento, reencantamento pelo trabalho, a partir dessa atuação.

E, nessa agenda política, como breve reflexão, lembrar que a reforma psiquiátrica, esse processo que envolve a transformação das relações sociais com a loucura, com as drogas - e talvez agora a gente deva incluir sempre “com as drogas psiquiátricas”, no avanço dessa nossa agenda. É esse processo também que parte de uma afirmação, que é intransigente, da cidadania das pessoas que sofrem, e de todos os modos singulares de existência e de experiência de sofrimento.

A mesa da tarde, hoje, para mim, deixa muito claro isso, que a Reforma Psiquiátrica é um movimento que, por muitas iniciativas, busca a transformação das formas de compreensão e de relação com a loucura, com o uso de drogas, e que, a partir disso, nesse processo de transformação que a gente faz para fora também dos serviços, é que a gente vai construindo lugares de pertencimento social, que a gente vai construindo outros entendimentos sobre o que é o próprio sofrimento.

E também lembrar: a gente sempre fala que a reforma psiquiátrica parte da afirmação da liberdade. E a gente muitas vezes acaba nos restringindo, do meu ponto de vista, a afirmar que essa liberdade é a liberdade das instituições fechadas, ou como eu escutei recentemente de um redutor de danos lá de São Paulo, poeta: “a liberdade dos lugares desterritorializados”. Ele fala: “O problema não é só ser fechado, o problema é que ele é fechado e que ele é desterritorializado”, esse lugar.

Mas eu queria também lembrar que a Reforma Psiquiátrica Brasileira fala da liberdade, da liberdade de ser quem se é no mundo. A liberdade - pensando agora na Rogéria e na fala dela -, da gente poder ser tudo o que queremos ser. E nós podemos.

É disso também que a Reforma Psiquiátrica Brasileira fala, é desta liberdade. Então, compreendida pela perspectiva teórico-prática da desinstitucionalização - que é com a qual eu trabalho, por isso estou mencionando aqui -, a Reforma Psiquiátrica Brasileira envolve colocar em questão todos os processos que objetivam a experiência de sofrimento ou qualquer experiência de vida, objetificando essa experiência em um diagnóstico. Eu arriscaria dizer que isso é um tanto do que comporia uma formulação mais teórica sobre a agenda de uma desmedicalização.

Significa a gente conhecer e reconhecer que a Reforma Psiquiátrica tem as respostas para isso. A partir dessa compreensão de que a gente coloca em questão todos

esses processos que objetivam uma experiência de sofrimento ou uma experiência de vida em um certo diagnóstico, que eles enclausuram uma experiência em um certo diagnóstico. Então, isso tem a ver, evidentemente, com uma agenda de desmedicalização: o enfrentar um processo mais amplo - que vem sendo muito discutido aqui nos últimos anos, no meu ponto de vista, no LAPS -, que é a psiquiatrização da própria vida, ou seja, a colonização da vida pelos saberes Psi. E isso coloca essa necessidade também de descolonizar os saberes Psi.

Feita essa introdução, vou avançar um pouco para pensar então essa agenda de desmedicalização da vida, a partir das propostas pensadas aqui neste evento. E parece que é importante para a gente avançar nessa agenda amplamente, não apenas entre nós, mas em enfrentamento… Inclusive porque não é uma tarefa fácil, não é, gente? Se a gente está aqui hoje reunido, também tem muita força política organizada do outro lado, construindo a medicalização da vida. Então, estou dizendo isso porque acho que uma das primeiras tarefas importantes é, talvez, a gente ter realmente muito claro para todos nós do que a gente está falando quando a gente fala de desmedicalização.

O Rossano falou isso ontem em uma das mesas, foi tema hoje da mesa. Paulo também fez suas considerações. Eu imagino que no futuro, uma proposição que envolva uma publicação, por exemplo, é importante que isso esteja claro, que a gente possa dizer com todas as letras o que é. Eu não vou retomar o debate feito aqui nesse evento, porque as pessoas estavam presentes, não caberia a mim fazer uma retomada de argumentação, mas eu vou listar apenas alguns aspectos que foram mencionados.

Então, é importante a gente lembrar que essa agenda tem a ver com uma crítica ao reconhecimento de que há, de uma forma muito desenfreada, uma atribuição de diagnósticos para experiências de vida, de que a gente tem um problema seríssimo de prescrição de medicação psicotrópica inapropriada, mas também indiscriminada e que ocupa esse lugar de patologizar a vida, ou seja, de retirar a experiência de sofrimento e de vida da pessoa de um certo contexto, da relação com o corpo social e da sua experiência global.

Também, como falado aqui hoje pela Rogéria, é aquele problema de dizer que a pessoa tem ansiedade quando o problema real dela é pagar contas. E, em vez de a gente

redistribuir o dinheiro, a gente está distribuindo medicação. E tem um outro problema que foi citado menos, mas que acho que é importante de se mencionar também, que é a discussão da polifarmácia. Pois bem, acho que essa é uma discussão fundamental de se fazer esclarecimentos, para que não reste dúvida para quando esse debate for ampliado.

E eu queria só finalizar esse ponto aqui, dizendo e relembrando esse ponto do debate: a medicação precisa ser pensada, nesse contexto da desmedicalização, como um recurso de um processo - que pode ser acionado ou não -, mas ele nunca pode ser a resposta central, e muito menos única, de qualquer experiência. Ele não pode ser uma resposta que seja totalizante, que define a identidade de uma pessoa.

E, aí, a gente volta para aquele problema antigo, que a Reforma Psiquiátrica enfrentou, que é a discussão das identidades sociais como uma institucionalização de si, como um exoesqueleto, que a gente assume. A partir da atribuição de um diagnóstico psiquiátrico, se assume o diagnóstico, enquanto uma identidade social, que é uma certa forma de institucionalização de si, de maneira que tudo que você diz é lido a partir desse lugar.

Eu gostei muito da música que foi cantada aqui na última mesa, e fiquei pensando que a gente precisa lembrar que a medicação até pode ser, se for para temperar nossa forma de viver. Mas eu fiquei lembrando que sal demais estraga qualquer bom prato. Então, a gente vai precisar dessa complementação, né? De só tomar cuidado com o tempero também.

Bom, pensando aqui no que foi discutido também na mesa de hoje à tarde, que a experiência humana, a vida é muito maior, é muito mais intensa, é muito mais interessante do que qualquer recorte que a gente faça dela. A gente se ocupa da vida - a Cris Lopes fez essa frase aqui hoje, né? E aí, a gente precisa lembrar, para poder pensar, afinal de contas, onde essas propostas - que foram aqui sistematizadas pelo Rossano e apresentadas nesses dois dias de seminário -, onde elas vão se dar, a gente precisa lembrar que a vida - que é o que nos interessa, afinal de contas -, a gente quer desmedicalizar a vida porque a vida importa.

É essa a nossa questão principal. A vida acontece nos encontros, ela acontece no comum, ela acontece na comunidade, ela acontece no território. Retomando aqui, de

novo, o Milton Santos: ele lembra a gente que, na realidade, o território não é uma categoria analítica. “A categoria analítica é o território usado pelas pessoas, tal qual ele é, isto é, o espaço vivido pelas pessoas”, é uma citação, eu sigo: “desse espaço humanizado, no sentido de que o território se constitui pelas relações sociais entre pessoas, as cidades são hoje a grande representação e a grande esperança”.

Então, é claro que essas propostas, e principalmente aquelas propostas que vão dizendo sobre como a gente atua a partir dos serviços, elas têm que se dar na cidade. Na cidade - ainda que nos contextos rurais, evidentemente -, que aqui é uma ideia ampliada de que é no espaço comum, na vida comum, nas relações sociais, é nessa territorialidade em que a gente desenvolve cada uma dessas práticas.

Digo isso já para a gente não correr o risco de colocar mais uma vez as ações para dentro do serviço, como se dissesse a respeito apenas aos serviços em si, em especial os de saúde mental.

Bom, caminhando aqui na conversa e buscando pensar essas propostas, mas a partir dos cenários de atuação, ou seja, em uma outra dimensão do que o Sílvio apresentou, mas sem repetir as propostas, eu fiquei aqui imaginando onde essa agenda tem que ser realizada, considerando que o nosso cenário maior é a vida e é no território. Me parece que isso é importante, porque, afinal de contas, a proposta tem que ser endereçada para algum lugar. Então, a gente vai precisar saber qual é o lugar em que essa proposta vai acontecer de fato e para quem ela vai ser endereçada.

Então, um primeiro exercício é que eu acho que tem que ter continuidade: onde essa agenda acontece? Ela acontece junto com as redes de serviços, certamente. Ela acontece na RAPS e aqui foi mencionado, nesse seminário, muito claramente, os CAPS e os CECCOS. Então, são nesses lugares que a gente vai pensar, provavelmente, estratégias e propostas: como o censo da situação de medicalização, incluindo polifarmácia, as diretrizes para enfrentar a medicalização da vida, estratégias de desprescrição, que também foi mencionado ontem como uma estratégia importante, e a própria transformação das práticas, incluindo, por exemplo, a necessidade de fortalecer o trabalho em equipe - afinal de contas, como mencionado ontem, ninguém trabalha só e ninguém quer trabalhar só.

Mas, também, como mencionado hoje, a importância de a gente reorganizar a lógica de trabalho no interior dos serviços para assegurar que os trabalhadores possam estar no território. Assim, não tem o menor cabimento. De fato, a gente tem uma organização interna de serviço em que o trabalhador tem que ficar para dentro do serviço, quando a vida acontece fora dele. Então, tem algo simples a ser discutido da organização do trabalho hoje, que talvez inclusive ajude a produzir um certo reencantamento pela prática, porque é o reencantamento pela vida e a vida está lá. A vida está no mundo, a vida está no território.

Agora, para além disso, e também trazendo aqui as minhas colaborações e os meus pitacos, eu fico imaginando: se a nossa ideia é, na RAPS, construir os serviços, construir essas estratégias de pactuação, de trabalho em equipe, de rede, também não é possível e interessante a gente poder pensar em fóruns intersetoriais de desmedicalização da vida para fora do serviço? Incluindo aí o cenário das escolas, o mundo da educação, nessa lógica de criar rede, articular parceria, articular luta, eu acho que essa pode ser uma estratégia.

Uma outra, pensando também naquilo que vai se construindo com os serviços, mas para fora dos serviços… Ontem foi citado um trabalho pela Luciana Surjus, da discussão de redução de danos. Também foi citado ontem em alguma mesa, não vou me lembrar agora qual, a discussão de suporte de pares. Essas são duas agendas que têm andado em paralelo, no meu ponto de vista. E as duas buscando o reconhecimento dessas estratégias enquanto profissionalizantes, inclusive, como profissões. Redutor de danos é uma profissão e suporte de pares tem que ser um trabalho remunerado. E eu arrisco dizer que o trabalho do redutor de danos, entre muitos outros aspectos, é reduzir os danos da medicalização da vida, é reduzir os danos da patologização.

Então, por que a gente também não pode pensar em uma estratégia que seja articulada nessas duas lutas, que muitas vezes ocorrem em paralelo, para assegurar que a gente tenha redutores de danos e suporte de pares reconhecidos como profissões e que sejam remunerados? E para que eles possam ser agentes da desmedicalização, da despatologização, entre muitas outras coisas. Que isso seja uma diretriz de um trabalho comum, fortalecendo as duas lutas. Quero lembrar também que, o outro espaço que eu

mencionei, é claro, são as escolas, com a discussão ontem da mesa tarde, com uma tarefa importantíssima de pensar a formação.

E eu acho que é preciso pensar a formação em diferentes aspectos, como mencionado aqui: formação permanente, letramento, entre muitos outros. Mas a gente também tem um outro cenário, que é o legislativo, como foi mencionado ontem: a necessidade de fazer articulações com frentes parlamentares. A gente tem órgãos institucionais deliberativos, que são, por exemplo, a incidência junto a Curitec e a Anvisa, e a gente tem as comunidades. De novo, retomo, é o nosso território principal.

Porque é onde a gente constrói práticas territoriais de arte, de cultura e de vida. E por que eu busquei fazer esse exercício, que é pensar onde cada uma dessas práticas tem que se desenvolver? Porque, novamente, a gente está a saber para quem endereçar a demanda, a gente precisa saber onde a gente vai realizar essa demanda, e a gente precisa, a partir disso, definir um instrumento de atuação. Não vou entrar aqui em detalhes, mas, por exemplo, uma proposta como um censo. Ele demanda articulação com quais órgãos? Ministério da Saúde? E dentro do Ministério da Saúde, é o quê? CEGEDS, DESMAD? Não sei. É preciso pensar, refletir sobre isso.

A formação, demanda o quê? Diretrizes com o MEC? Então, a gente vai ter que sentar junto com o MEC e discutir? Provavelmente sim. Com as universidades também. Como mencionado aqui ontem, a gente não pode deixar de escutar as crianças e adolescentes também, saber o que eles pensam sobre o processo. Então, a gente vai ter que ir para as escolas e poder construir uma formação que também seja de baixo para cima, com uma escuta ativa.

Uma outra estratégia, outra proposta, que dá sustentabilidade às ações de arte-cultura: nós falamos dos CECCO's, mas também falamos hoje de lugares que são desvinculados, que não tem CNES. Então, como é que a gente vai construir articulação intersetorial entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Cultura e com financiamento permanente? Já estou considerando que essa é a proposta, porque a gente trabalha a partir dessa lógica, a partir dessas iniciativas, que não necessariamente tem um registro ali institucional, o CNES, por exemplo. É um desafio a ser feito.

Para ir encaminhando para o fim, eu queria lembrar também que a gente tem outras experiências que não foram citadas aqui, mas que a gente pode se apoiar, pode reconhecer, pode conhecer para construir estratégias de desmedicalização da vida e uma agenda. Eu queria mencionar duas. A primeira, que eu gosto muito, me parece uma estratégia muito bela: se chama "Budget de Salute", é uma estratégia de Trieste que, em síntese, é uma proposta de uma articulação de um conjunto de recursos econômicos, profissionais e humanos, necessários para mobilizar um processo voltado para a retomada da vida social da pessoa por meio de um projeto terapêutico individual.

Na prática, o que significa isso? Significa reconhecer que, em algumas vezes, o recurso não tem que ir para o serviço, mas ele tem que ir para um projeto individual. Exemplos práticos disso: alguém que precisa, que quer começar a trabalhar e que não tem um curso profissionalizante. Tem cursos profissionalizantes, tem ali um na comunidade, um no território, mas ele tem um custo. Com o Budget de Salute, com o orçamento de saúde, que é um orçamento individual, se pleiteia que esse recurso vá diretamente para o projeto terapêutico da pessoa.

Não é um recurso permanente, é um recurso temporário, mas ele é utilizado para potencializar alguma estratégia de vida. E aí, nessa lógica da desmedicalização, me parece isso muito interessante, porque, por exemplo, a pessoa quer, sei lá, se inscrever na canoagem? A gente oferece canoagem? A gente não oferece canoagem, mas talvez para que essa pessoa seja muito importante, porque isso tem a ver com a história dela, com a vida dela, com o desejo dela, né? Quando a gente escuta a pessoa, é isso que ela conta para a gente e esse Budget pode ser acionado por um período de tempo para que a partir disso algo aconteça.

Ou, por exemplo, para que ela vá a uma academia comum. Ela não precisa fazer necessariamente o Tai Chi, que é oferecido dentro de uma unidade básica de saúde, mas que ela vá para a academia. Assim, aqui em Copacabana, que ela frequente esses espaços, né? E sei que parece difícil, ou seja, isso é importante dizer: não há transferência de renda permanente. É por um período de tempo, para acionar algum aspecto de um projeto terapêutico singular, que pode construir mais vida para essa pessoa.

E eu sei que essa parece uma estratégia distante, mas ela existe em outros lugares. E eu trabalho muito na perspectiva que é assim, é se não é proibido, é possível. Se não é vedado, dá para fazer. A gente pode descobrir como.

A segunda prática, chegando mais para o final, que eu queria discutir… Esse é do nosso primo mais velho, do NHS, porque eles trabalham com uma ideia de "social prescribing", de prescrição social. O nome já diz em si, né? A gente precisa prescrever outras coisas. A gente precisa construir mapas do território. A gente precisa acionar recursos no território. E, especificamente, eles trabalham com um profissional que está vinculado ao que seria a atenção primária em saúde, a atenção básica, que se chama "Community Linker Worker", que é um profissional não-clínico, não-Psi, que oferece suporte não-médico, ou seja, que não é dessa lógica. E o trabalho dele principal é: descobrir recursos da comunidade, ativar recursos na comunidade e conectar recursos e pessoas. Portanto, é um trabalho de fortalecimento de tudo aquilo que está para além da saúde, tudo aquilo que é da vida.

É um trabalho que envolve saber, por exemplo, qual é uma associação, uma ONG, que trabalha com lazer e cultura e faz um belíssimo trabalho, faz uma belíssima, sei lá, tem uma experiência de confecção de fantasias e saber que uma pessoa do CAPS X gostaria de trabalhar ali, e vai para lá. Assim, para a confecção de fantasias fora, fora da saúde, por exemplo. Poderia até dar outros exemplos aqui.

Uma coisa que eles fazem muito ali é a discussão da segurança alimentar, garantem a dignidade alimentar. Afinal, se a gente está falando sobre a medicalização da vida e que muitas vezes está relacionado à patologização da experiência de vida e dos sofrimentos sociais, e a fome é um sofrimento, gente, que não pode ser medicalizado, quem tem fome, come, e não toma remédio.

Esse trabalhador o "Community Linker Worker" tem essa função de, por exemplo, conectar estratégias que vão se desenvolvendo nos territórios para a distribuição de alimento, para que a pessoa tenha acesso àquilo que ela precisa, que é comida, fruta, legume, vegetal. Ela não precisa de um ansiolítico, precisa de comida.

Por que estou fazendo essa discussão para cá? Porque eu acho que essa ideia geral da prescrição social pode ser interessante para a prática de uma agenda de

desmedicalização da vida, em dois sentidos. O primeiro é desse agente mesmo, que tem esse papel de conectar recursos no território. E o segundo é de poder fazer esse trabalho que muitos serviços fazem, que é de mapeamento de recursos territoriais. A gente estava falando isso também hoje na hora do almoço. Algumas vezes, vira uma pasta. Eu tenho um projeto em que a gente faz isso no Google Maps, que a gente vai identificando os recursos territoriais pré-selecionados pelos trabalhadores, na construção dos PTS's. Mas, talvez, a gente precise de uma estratégia que é assim: os CAPS precisam de projetos territoriais claros. Todo CAPS precisa dos PTSs, mas todo CAPS precisa realmente de um projeto territorial, que não é só de papel, um projeto ativo territorial.

E essa história desse trabalhador, dessa figura que existe no NAH eu fico imaginando também se a gente não pode construir isso conjuntamente - e, com essa discussão, vou fechar - com os nossos agentes comunitários de saúde. A gente aqui falou do CAPS, falou do CECCO, falou das escolas, mas, hoje, para quem circula pelo território, e muita gente aqui circula, um dos grandes problemas da medicalização da vida está na atenção primária em saúde, está na atenção básica, está nas unidades básicas de saúde.

Então, a gente precisa olhar para esse cenário da rede de saúde. É uma discussão que a gente precisa fazer urgentemente. E me parece que talvez uma estratégia seja essa, a gente fortalecer os agentes comunitários de saúde, porque eles já estão lá, eles já existem, tem que ser fortalecido, tem que ser ampliado, a gente tem que dar mais valor para eles, mas que eles possam também assumir junto com as estratégias de saúde da família essa função importante que é de realmente mapear recursos do território para além da saúde.

Retomando aqui, porque há muitos anos a gente começou a discutir na reforma psiquiátrica brasileira, de que talvez o lema para atenção básica deveria ser não o de Projeto Terapêutico Singular, mas o de Projeto de Felicidade. E eu me lembrei disso hoje também na fala da Rogéria, quando a gente pensa assim: "o que a gente quer da vida, gente?". A gente quer ser feliz, a gente quer viver uma vida boa e quer ser feliz. Então, que a gente possa, talvez, também retomar isso como um lema central. A gente precisa construir projetos de felicidade, projetos que envolvam participação social, redistribuição

de poder nas relações, que valorizem os artistas e que valorizem as pessoas. E, com isso, eu concluo.

**PAULO AMARANTE**

Obrigado, Cláudia. Então, eu vou passar direto para o Eduardo Mourão Vasconcelos.

**EDUARDO MOURÃO VASCONCELOS**

Primeiro, eu queria agradecer o convite. Eu vou me apresentar: sou um homem de 71 anos, já calvo, cabeção, com o que resta de cabelo e barba branca, estou vestindo uma camisa cinza.

Eu queria, primeiro, falar da importância desse evento, da riqueza dessa temática, da importância política e das contribuições muitas que nós tivemos aqui. Eu e o Sílvio, a gente tentou articular um pouco o relatório de cada um. O Sílvio vai direto no computador, eu escrevo, depois preciso de tempo; ontem a noite eu fiz uma tentativa de aglutinar um pouco as propostas do dia anterior e hoje eu ainda vou fazer, depois complementar esse meu relatório.

Então, eu anotei alguns pontos aqui, tentando aglutinar ontem, depois eu vou levantar algumas questões de cuidados para nós. Primeiro, levantando um pouco a partir do Rossano Cabral, a busca de um consenso mais amplo possível de uma abordagem mais complexa e menos homogeneizadora do conceito de medicalização, indicando marcadores de raça, etnia, gênero, geração e em quais áreas a medicalização se justifica e não justifica. E apareceram alguns exemplos aqui, a emergência e utilização, por exemplo, ele mesmo deu de anticoncepcionais, possibilitando maior autonomia para as experiências sexuais, particularmente pelas mulheres. O outro exemplo foi o uso do canabidiol, que é uma conquista recente de nossos movimentos, mas que podem resultar em uma abordagem medicalizante.

Um segundo ponto, na área de psicofármacos, o Rossano colocou a importância de fazer um senso de práticas de prescrição na rede de saúde mental, mostrando diferenças regionais — Ele falou muito sobre essa questão da diferença do Nordeste, por exemplo, e do Sudeste — por tipo de serviço, para estabelecer recomendações e criar protocolos para a rede como um todo. E ele falou, que eu achei muito importante, aproveitar o lançamento em 2027 do CID-11 [Classificação Internacional de Doenças] para problematizar e qualificar o uso do diagnóstico na RAPS [Rede de Atenção Psicossocial], e para difundir o uso da avaliação biopsicossocial, a CIF [Classificação Internacional de Funcionalidade], com maior ênfase na funcionalidade. Além disso, divulgar na RAPS e nos coletivos do movimento as pesquisas e as práticas de prescrição gradual e segura de psicofármacos, com base em evidência.

O terceiro ponto, foi a importância das iniciativas e intervenções culturais e educativas, e aí foi amplamente debatida, com cooperação entre Ministério da Saúde, Educação e Cultura, salientando duas dimensões: campanhas interministeriais conjuntas, como a atual “Cultura mais saúde", no sentido de promover mudanças na compreensão do grande público sobre os problemas de saúde, saúde mental e estratégias mais adequadas de lidar com eles, menos medicalizantes. O programa “Mais cultura”, os pontos de cultura, ações articuladas com a RAPS, promovendo atividades fundamentais, desmedicalizantes, com o impacto geral na saúde mental das pessoas e coletivas, e no combate ao estigma e discriminação. Também foi colocada uma pergunta: como estimular estratégia não-medicalizantes fora do serviço? O tema que está aparecendo mais, principalmente hoje, aqui.

Um outro ponto é a adoção de estratégia de despatologização transversal na RAPS como um todo, em suas articulações intersetoriais, envolvendo a CENAD [Centro Nacional de Gerenciamento de Riscos e Desastres] , a cultura, a educação e o trabalho, com dispositivos da RAPS, CECCO’s, economia solidária, ações intergeracionais, difundindo para toda a rede estratégias não medicalizantes, como o GAM [Gestão Autônoma da Medicação], suporte de pares, Ouvidores de Vozes. Além disso, trabalhar com o Ministério do Trabalho para não individualizar, culpabilizar e patologizar o trabalhador na aplicação da NR1 [Norma Regulamentadora nº 1 do Ministério do

Trabalho e Emprego, que estabelece a inclusão de diretrizes para a saúde mental em empresas], um tema importante colocado ontem aqui, que até agora não tinha sido citado.

Quinto, a ênfase em redes iniciativas potentes e inovadoras que busquem enfrentar as desigualdades, opressões e atravessamentos mais desafiantes da população brasileira, como as questões de raça e etnia, populações originárias, quilombolas, opressões de violência de gênero e identidade sexual, população de rua e uso problemático de drogas, por exemplo, citando redução de danos, consultórios na rua, em aliança com seus movimentos sociais e incorporando seus saberes e estratégias próprias de lidar e cuidar, bem como integrando essas pessoas desses movimentos e desses trabalhos nas equipes.

Um outro ponto é a utilização de estratégias ecológicas de contato com experiências de preservação da natureza, parques, etc., como atividades importantes para os nossos usuários em geral. Além disso, mostrar as implicações da medicalização da natureza, interpelando a consciência ecológica, tendo como exemplo o achado psicofármacos em tubarões, aqui no Rio de Janeiro, como foi colocado.

Outro ponto é a expansão de dispositivos e intervenções em formação profissional, na graduação e na pós-graduação, residências, educação permanente, circuitos formativos, adotando uma perspectiva não medicalizante e despatologizante. Outro ponto, alianças e trabalhos colaborativos com justiça restaurativa, Defensorias e Ministério Público.

Um penúltimo ponto, desenvolver normas e protocolos para a produção e apresentação de laudos e diagnóstico com uma abordagem mais adequada e rigorosa, mais centrada em abordagem longitudinal, com base na caderneta de saúde dos alunos na rede de educação. E respectivas regras para a dispensação de medicamentos — foi colaboração de vocês — sobre riscos, dispensação de medicamentos, informações acessíveis para a família, sobre riscos e efeitos colaterais e iatrogênicos, idade mínima para a prescrição, reavaliação regular e tempo máximo de tratamento. Além disso, buscar avaliar com mais rigor o papel dos psicólogos na rede.

Outra abordagem foi o exemplo dado no Projeto da Escola de Areal, com base em uma abordagem centrada na superação da linguagem discriminatória e no diálogo horizontal com as crianças.

E um outro ponto é a cultura gerencialista e a ênfase na produtividade baseada em avaliação de indicadores de procedimentos, como na lógica de avaliação do TCU [Tribunal de Contas da União]. Essa lógica é aliada da demanda para o serviço, para que o serviço busque dar respostas rápidas, do tipo ambulatorial, como está acontecendo no campo, por exemplo, das apostas.

Eu queria levantar, também, alguns cuidados que eu acho importante nessa campanha, que são algumas delicadezas, com questões conceituais e políticas, na linha, talvez, do que nós não queremos dizer com a campanha de medicalização, com alguns cuidados nesse sentido, para que ela tenha efetivamente sucesso: o discurso contra a medicalização e a patologização, tem que prever a possibilidade de ser apropriado por forças políticas e atores neoliberais, de ultradireita e fascista.

Nós estamos numa conjuntura difícil, tanto internacional como brasileira, com a expansão dessas forças que buscam práticas manicomiais, aprisionamento em massa e até ações de necropolítica, como a gente tem visto aí; e/ou estratégias para justificar redução de recursos e sucateamento do serviço do SUS e na política de saúde mental; ou ainda negar a complexidade e os desafios da construção interdisciplinar e multidimensional de uma clínica sensível, ampliada, adequada a atenção à saúde e, às vezes, também atribuindo e simplificando a desmedicalização como se nossas propostas culturais e artísticas fossem uma simplificação da clínica, como, por exemplo — foi denunciada aqui — pelo presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria. E nós temos alguns exemplos disso, dessa possibilidade de apropriação, na época, por exemplo, do Ronald Reagan, como governador da Califórnia.

Na época, nós tínhamos um movimento da antipsiquiatria e o Reagan usou o discurso de antipsiquiatria para fechar os hospitais psiquiátricos e colocar as pessoas fora do hospital, gerando desassistência. Esse risco existe, nós temos hoje problemas, por exemplo, de distribuição de psicofármacos na rede, e a gente não pode deixar que essa campanha possa ser apropriada de forma vil, para justificar esse tipo de perda da

provisão. Então, essa é uma questão importante para a gente prever e dizer o que que nós não queremos dizer com a campanha da medicalização, para fechar as possibilidades de uma apropriação indevida.

Um outro ponto que eu queria colocar, que é mais reflexivo, é a importância do que os sociólogos chamam de "dilema ou paradoxo da diferença", que expressa uma contradição dentro dos direitos de cidadania. Nós temos por um lado os direitos civis, que implica a noção de igualdade, equidade e não discriminação. E de outro temos direitos sociais, que diante de desigualdades estruturais ou diferenças que impedem as pessoas de usufruir dos direitos, então nós vamos ter programas e políticas de afirmação positiva, ou seja, concessão de direitos sociais especiais para algumas pessoas. Em países — por exemplo, o que eu vi na Inglaterra, no meu doutorado — com seguro de desemprego e políticas como o NHS [National Health Service], etc., políticas de *Welfare State* [em português: Estado de bem-estar Social], o próprio movimento negava uma política de drogas ou de afirmação positiva. O importante é negar direitos iguais para todos.

O problema é que políticas de afirmação positiva requerem critérios de acesso, e aí nós vamos ter problemas dos dois lados. Por exemplo, política de cota racial em caso de suspeita de fraude, porque no procedimento normal é autodeclaração, mas nós temos problema de fraude. Aí vai fazer uma comissão para avaliar, mas a avaliação é feita no fenótipo, nas características físicas. E aí você, exatamente para critério de inclusão, você vai usar os caracteres físicos, que é exatamente aquilo que nós queremos negar: que a raça é um processo muito mais histórico do que físico. Então, é um cobertor curto, porque você quer cobrir o peito e descobre o pé, e tem essa contradição entre direitos civis e sociais.

Os nossos usuários sabem bem disso, eles vão para o psiquiatra pedir: "Eu quero o diagnóstico de esquizofrenia, porque vai me dar mais transporte". Então, eles usam esse recurso. É uma contradição que a gente não pode fazer gestão de forma linear. Nós temos que entender estratégias delicadas de usar e estratégias para reduzir perdas. Por exemplo, hoje, na chamada indústria do TEA [Transtorno do Espectro Autista], do TDAH [Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade] estimulou uma busca desenfreada de laudos diagnósticos com acesso a especiais a direitos. Isso é um uso abusivo, nós temos

perda de credibilidade em políticas compensatórias, com desigualdade na produção, inclusive do número de serviços, que hoje para autismo são mais de 1.000, enquanto os nossos CAPSi [Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil], nós temos 300 e pouco no Brasil. Por outro lado, o que que a Convenção fez? Ela criou uma estratégia da gente retirar perdas, criando a avaliação biopsicossocial.

Mas dependendo também de como essa avaliação biopsicossocial é feita e se não levar em conta, por exemplo, não propriamente o diagnóstico, mas a possibilidade de limitações geradas pela própria medicação, principalmente crise, alguns dos nossos usuários com mais autonomia não vão receber mais benefícios. Na linha do ajuste fiscal — nós temos três classificações: leve, média e grave de deficiência — o governo já decidiu, só vai receber BPC [Benefício de Prestação Continuada], a moderada e grave. Então, nós estamos tendo usuários nossos com mais autonomia, mas que tem a possibilidade de crise e não podem competir no mercado de trabalho, que estão perdendo BPC. E hoje, nós temos uma fila de 3 milhões de pedidos de avaliação no INSS [Instituto Nacional do Seguro Social], na previdência. E muitas dessas avaliações são feitas por inteligência artificial. O que está acontecendo quando esses usuários vão para serem avaliados, eles têm que ir maltrapilhos, desorganizados para poderem receber o seu benefício ou a sua pensão. Então, essa é uma questão delicada.

Outra questão, do outro lado. Pensamos em mães-solo, óbvio, moradoras de periferia, com um filho ou uma filha com alguma deficiência severa, com o difícil acesso adequado no território. O diagnóstico acessa programa de discriminação positiva, são necessários para compensar minimamente as dificuldades estruturais da vida dessas pessoas, sobrecarga do cuidado e ao mesmo tempo elas são provedoras diretas, economicamente. Então, nós temos que pensar um pouco na delicadeza do que nós estamos colocando, é uma contradição que vem dentro, internamente, da relação entre direitos civis e direitos políticos. É uma questão delicada para a gente pensar.

E um último ponto que eu colocaria, que é a importância da consulta aos usuários, o “nada sobre nós sem nós”. No início da década de 2010, nós tivemos a pesquisa, que foi feita multicêntrica sobre o GAM, a adaptação do GAM canadense, principalmente, mas também uma abordagem semelhante nos Estados Unidos, coordenada pela professora

Rosana Onocko-Campos, tinha o professor Eduardo Passos, aqui na UFF [Universidade federal Fluminense], Simone Paulon, no Rio Grande do Sul, e a pesquisa também era coordenada por liderança de pessoas usuárias. Nessa época, a campanha e os movimentos de usuários nesses países do Norte colocavam claramente o objetivo mais direto de chegar à não-medicação. Era, vamos dizer, o contexto dessa época.

Na pesquisa, eles chegaram a marcar uma diferença entre a posição canadense e a posição dos usuários no Brasil, dizendo que os usuários queriam democratização das informações e discussões sobre medicamentos, superação da competência exclusiva dos médicos nas decisões, uma relação menos vertical de estigmatizante, mais negociada com as psiquiatras, a diminuição da medicação de seus efeitos colaterais e iatrogênicos, mas não desejavam colocar *a priori* a retirada completa da medicação como objetivo final. E isso diferenciava um pouco da posição canadense. Então, hoje nós vimos aqui que essa discussão avançou mais, nós temos mais pesquisa sobre a desprescrição. Elas são fundamentais. Hoje nós vamos ter que dizer para os nossos usuários — eu acho que a fala da Fernanda Tuxi foi um analisador disso — que nós não queremos dizer com desmedicalização, deixar isso claro para os nossos usuários e ouvir a opinião deles. Nós temos hoje muitos coletivos de pessoas usuárias que a gente tem que levantar essa polêmica e essas questões para eles também serem consultados nesse processo.

No mais, eu quero dizer da importância de projetos como esses que foram apresentados aqui, ou mesmo projetos piloto, nós funcionamos assim. A gente começou com duas experiências de CAPS numa conjuntura desfavorável, depois numa conjuntura favorável a gente expandiu para o resto do país. É assim mesmo que a gente faz, cada um de nós, trabalhadores ou um município, como Areal, inicia um projeto muito interessante e ele nos ilumina para a gente pensar a expansão para o resto do país.

Então essa campanha, desmedica, despatologiza são muito importantes, e eu concordo com a Cláudia, quando ela coloca que isso é hoje uma pauta fundamental da luta antimanicomial e nós vamos levar à frente. Só ter esses cuidadinhos, para a gente esclarecer bem o que que nós não queremos dizer com isso e o que que nós queremos, efetivamente, dizer com isso. Muito obrigado.

**PAULO AMARANTE**

Obrigada, Eduardo. Vou passar então, imediatamente, para a Iracema Polidoro.

**IRACEMA POLIDORO**

Bem, boa tarde a todos. Boa tarde. Quero agradecer ao Paulo pelo convite, a Fiocruz, e parabenizar a cada um vocês que estão aqui, os que passaram também, porque acho que foi muito importante essa discussão. Meu segmento é de familiar, eu sou militante da luta antimanicomial. A minha luta começou em 1978, então eu passei pelos grandes hospícios, então eu venho desse sofrimento. E é muito interessante, passei pelos Conselhos de Saúde, pela Comissão Intersetorial de Saúde Mental [CISM] em Brasília, e nunca se discutiu o que a gente está discutindo hoje, essa agenda. E é maravilhoso, porque são nessas coisas que a gente avança. A importância de estar nessa discussão dentro dos Conselhos de Saúde, porque ali que está a massa, são as associações de moradores, ficam dopados ali, a gente sabe disso; usuário; cadeirantes. Muitas pessoas têm o cuidador, aquele cuidador dá remédio para a pessoa não dar trabalho. Então, foi maravilhoso esse seminário que a gente está participando. Eu nem me auto-descrevi, gente, desculpa, estou meio nervosa aqui no meio de tanta gente poderosa.

**EDUARDO MOURÃO VASCONCELOS**

Você também é poderosa.

**IRACEMA POLIDORO**

Não, claro que eu sou. Vou botar minha autoestima lá embaixo? Não podemos, né? Mas para você ver, eu sou tão poderosa que eu não saí da discussão. Estou aí, eram vários familiares, hoje você conta, qual familiar que estava aqui presente? Não

participam, só ficam dizendo “eu não posso”, assim como o Eduardo falou, aí pedem para acrescentar mais passes, mas com acompanhante, para aquela mãe, aquele usuário, nem sair; quem fica usando o passe, é o irmão para ir para o trabalho. Isso tudo vai difamando a saúde mental.

Então, deixa eu me descrever. Eu estou com uma echarpe estampado, óculos. brinco e a beleza natural da senhora. Gente, desculpe, mas tem que descontrair um pouco, né?

Bem, como eu falei, a importância, Paulo, da gente levar essa discussão para dentro dos Conselhos de Saúde, a gente tem três: o Conselho Distrital, Municipal e o Estadual. Porque isso aí vai crescendo, quer dizer, as pessoas vão avisando, vão falando e para chegar, como Eduardo falou, a gente tem que sentar junto com o usuário, porque tem muito usuário que não aceita, ele quer ter aquele monte de remédio, aquela sacola de remédio, para eles poderem dizer, “eu tô mal, eu tô doente”. Agora, eu acho que a melhor medicação é o lazer, é o ir e vir na cidade, no seu território. Porque o tempo, como eu já venho desde o início, em 1990, eu fundei uma associação de parentes e amigos da Colônia Juliano Moreira. Quando eu entrei na colônia, eram 6 mil pessoas dentro daquela loucura. E ali, foi quando eu comecei a fazer o que eu podia. Paulo Amarante e Pedro Gabriel Delgado me convidaram para poder participar dessa discussão. E nessa discussão, você via a necessidade daquelas pessoas, naquela época, remédio não se tinha. Qual era o remédio? Era cigarro.

O Ministério da Saúde mandava pacotes de cigarro. Então ali que era o remédio deles. Os anos passaram, foi melhorando, a chegada de remédio. Então, aí sim, aí é só remédio. Vamos tomar remédio porque a gente melhora tudo, e não melhora.

Então, outra discussão que acho que tem que levar na Comissão Intersetorial de Saúde Mental em Brasília, que a ABRASME [Associação Brasileira de Saúde Mental] faz parte. Eu acho importante levar, porque quando nós começamos na década de 1990, aquele espaço era do usuário e do familiar. Eram seis representantes de saúde mental: três usuários, três familiares e ainda tinha o suplente. A gente nunca conseguiu entrar, a saúde mental, dentro do Conselho Nacional de Saúde, o que seria importante. Mas a gente tem os nossos aliados, porque você tem que fazer estratégias para chegar. E nas Conferências

de Saúde, a gente nunca discutiu isso também, seria uma pauta importantíssima das conferências.

Porque ali as estratégias com os conselheiros, aqueles que podem votar, porque a gente tem que publicizar isso e não ficar só para nós. Porque quando você vai publicizando, a coisa vai correndo. Fofoca o povo adora, “e, olha só, eu vou tirar a medicação”, não é tirar a medicação. É o que eu falo, a família também precisa dar mais carinho, mais amor, isso tudo é medicação. Porque quando você dá carinho, amor, atenção para aquela pessoa, às vezes, “não vou tomar minha medicação, isso é falta de carinho”. Muitos, quando vão para o CAPS, eles chegam perto de mim no caso, na época, para falar mal da família, “mas minha mãe quer que eu fique trancada dentro do quarto dia inteiro”, isso vai piorar. Então é isso que nós queremos agora: desmedicalização. Como Cláudia Braga falou, da letra “D”, e vou botar um “des-sucesso”, porque se a gente sofreu para formar os CAPS, a gente sofreu para formar as Residências de Terapêuticas, nada é fácil para a saúde mental, nada! Isso também não vai ser fácil, mas a gente planta uma sementinha para ela crescer e dar fruto, e nós vamos ter esse fruto, isso eu te garanto, porque só você não sair com aquela bolsa cheia de remédios, isso já é um avanço.

E outra coisa, quem mora em comunidade, quando leva muito remédio, quem perde o remédio deles? O traficante. Isso acontece muito. Aí reclama, “cadê o remédio? Acabou?” “Ah, porque o dono da boca pegou os remédios”. Então, aqui no Rio de Janeiro, tudo é motivo de bandido. Então, a gente tem que ter muita cautela para muita coisa.

É difícil, tudo na vida é difícil. Se a psiquiatria durou 300 anos dentro do hospício, a gente tem pouco tempo, 40 anos que a gente está aqui e quanta coisa nós conseguimos. Eu acho que isso foi um avanço muito grande, e está sendo. Acho que cada coisa nova que entra dentro da saúde mental, para a gente é um avanço. A saúde mental está se propagando tanto, que agora está se discutindo os manicômios judiciários. Quantos pacientes estão lá internados há anos e hoje a gente está nesse poder de discussão, que até o Alexander Ramalho está, eu também estou representando a luta antimanicomial, como familiar, como usuária. Isso é importante, já conseguimos fechar o Hospital de Custódia Roberto Medeiros, isso é um avanço para a gente.

Quando que a justiça teria discussão com a saúde mental? Hoje não, hoje a justiça já senta com a saúde, com o familiar, porque eu tenho direito à voz. Isso é importante, isso foi um avanço que a gente está tendo. Muita gente não sabe, mas é importante vocês saberem que a gente está trabalhando igual o mineiro, devagarinho. Então eu fico muito feliz em cada fala dessas aqui da mesa. Quantas coisas a gente produziu aqui? Quantas coisas a gente soube? Eu sei do passe, porque quando eu estava na associação de familiares, as mães pediam “pelo amor de Deus, Tem que botar o meu nome, fala para o doutor, para eu poder transitar, passe livre”. E assim a gente vai.

Cada cabeça daqui eu que eu costumo falar, é uma peninha, a gente não deixa essa peninha cair, sempre empurrando ela e cai na outra, para a gente lutar. Porque a saúde mental sempre foi o bichinho feio do Ministério da Saúde e de outros ministérios também. Porque quando nós fizemos uma conferência nacional, intersetorial, nós não conseguimos. Porque o usuário precisa de quê? De casa, de trabalho, de saúde, e não só de saúde. Nós conseguimos, mas não saiu nada do papel e o relatório está lá. A gente também tem que fazer uma busca nesses relatórios passados das conferências, o que avançou e o que não avançou, o que a gente tem que discutir. Infelizmente, isso a gente tem que ver, mas a gente não consegue. Depois que a lei 10.116, foi aprovada, foi onde teve aquele retrocesso, que não se avançou. E outra coisa também, como familiar, eu vejo muitos profissionais agora não querendo ter aquele carinho, aquele cuidado, com o usuário do CAPS. Não quer dar escuta para aquela mãe que tá ali, que pede uma escuta, pede um acolhimento. Por isso que a gente foi perdendo o familiar, “o que eu vou fazer lá? Quando eu preciso ninguém me ouve.”

É a importância do familiar, o familiar fortalece. E o familiar foi uma peça fundamental, Paula Amarante sabe disso, a gente lutou, a gente foi para a porta da prefeitura. porque como não eram funcionários, a gente podia falar. Foi uma ajuda muito grande, o familiar. Quer dizer, quando eles estavam presos nos grandes hospícios, a família estava. Na colônia Juliano Moreira, eram uns 10 familiares, só que quatro eram militares, na ditadura ninguém nem podia abrir a boca. Eu era a mais “bocuda”, a que mais falava era eu. Mas com esse meu jeito, eu consegui muita coisa. Você vê, o Rio de Janeiro é o único que paga dois salários mínimos para o usuário, e quem conseguiu isso?

O familiar. A gente foi na Câmara de Vereadores, fizemos uma bagunça, aqueles que votavam contra a gente xingava, lotamos, levamos os usuários, e hoje no Rio de Janeiro, cada usuário ganha dois salários mínimos. Luta de quem? Luta do profissional, do usuário e do familiar. Eu costumo dizer que o movimento da luta antimanicomial é um triângulo: a base é o profissional, do lado é o usuário e o familiar. Luta os três juntos, porque um sozinho não consegue lutar. Os três juntos fortalecem muito mais, por isso que eu digo, a gente não pode largar mão um do outro, sempre segurando a mão, tendo aquela fortaleza e ver essas pessoas viverem, como elas não viviam.

Eu não me esqueço nunca, quando eu fui em São Paulo, fomos conhecer as Residências Terapêuticas, em Campinas. Uma usuária estava com a chave na mão e falou assim, “Iracema, hoje eu sou a mulher mais feliz da minha vida. Fiquei 20 anos internada e hoje eu tenho o poder da chave. Eu entro e saio a hora que eu quero. E antes não, era chaveiro, que era um enfermeiro e ficava com aquele molho de chave, me trancando”. Nunca mais esqueci isso. “E hoje eu tenho minha cama, como jiló, porque antes não podia, hoje eu tô comendo jiló”. Isso aí não é digno da gente aplaudir a saúde mental, a nossa luta?

A luta não para. A gente tem que estar sempre em movimento. Porque se parar, o bicho pega, então a gente não para. Continuem fazendo esses grandes eventos, isso é muito bom, porque vai se fortalecendo, O 18 de maio só se comemora no 18 de maio, acabou ninguém mais ouve falar. E isso é importante também, esses movimentos, os blocos, você vê a alegria que se tem nesses blocos, dentro da colônia, Tá pirando, pirado, pirou, Loucura suburbana. Eu sou uma tiete, vou em tudo. Eu sou igual ao bombril, onde tá, tô eu, porque isso é pra nos fortalecer e fortalecer o familiar. Eu já não tenho, minha tia já morreu, em 1998. Quando eu cheguei na colônia, ela morreu dormindo, as pacientes — na época ainda era paciente — falaram: “Iracema, o que vai ser da gente agora? A Janice morreu, quem vai trazer queijo e marmelada?” Eu levava todo dia queijo e marmelada. Eu falei assim: “não, a luta vai continuar, não vou largar essa bandeira”, eu não larguei.

Meu marido adoece, fica 15 anos em cima de uma cama, e eu continuei a luta e falei: “não vou largar”. Todo mundo falava: “larga, porque isso ou aquilo”, mas eu acho

que não, essa luta me fortaleceu mais ainda, poder ter essa outra luta. E hoje estou aqui feliz, vendo cada um de vocês, porque a gente ganha uma felicidade. É o que eu digo, quando inauguravam os CAPS, eu dizia: “aí, mais um neto”. E aí, meus netos estavam nascendo. Agora eu fico feliz que chegou a essa coisa nova, são meus bisnetos que estão chegando, estão chegando coisas novas na saúde mental. Eu digo, bisnetos. Aí eu digo: mais um avanço da saúde mental. Então a gente está aí, gente, vamos nos fortalecer. Vamos fortalecer cada um de nós, e sempre a gente dando a mão. Sempre, podendo, aonde a gente puder ir e falar, eu acho que a gente tem que estar presente. Eu fico assim feliz por cada um aqui. Muita gente eu conheço, outros não. Muita gente também me conhece, sou uma figurinha, né? Tô igual a esses álbuns de figurinha.

Ah, mas eu ainda não tô colando, não. Sou descolada. Eu digo que eu sou vovó “on”. Sabe aquela vovó “on”? Então a gente tem que... Descolada, ó, mais um “des-”, viu? Então é isso que a gente tem que tá aí. Faltam cinco minutos, eu fico assim, eu tô nervosa, parece até que é a primeira vez.

Mas vamos fortalecer, vamos levar, eu não sei se é proposta, que faz pra gente poder ir no Conselho de Saúde, levar propostas. E vem as conferências de saúde para a gente poder estar discutindo isso, porque é dessa forma que a gente sai, porque se ficar só entre nós, aqui começa e aqui acaba. E, gente, uma coisa que eu queria: ter mais eventos, igual ao 18 de maio, pelo menos umas três vezes ao ano, seria importantíssimo. Pois é, fazer uma coisa pequena, mais um grande como teve aqui, alguém participou, foi maravilhoso, botar o bloco na rua. Tem um município aí que faz o carnaval fora de época, quem sabe a gente não pode fazer o nosso carnaval fora de época?

Mas não é verdade? É em Conservatória que tem esse carnaval, né? Esse carnaval antigo, a gente podia também fazer. Juntar, aí, os blocos. Porque seria uma forma de dizer… é o que eu digo, né? De louco, todos temos um pouco. Agora, dentro do nosso movimento da luta, ninguém sabe quem é quem. Ali tá o médico, ali tá o familiar, ali tá o usuário, então ninguém sabe quem é quem ali, porque não tem essa divisão. Isso é importante pra gente, quer dizer, a gente tá aí nessa luta sem ter a separação. “Não, eu sou doutor, eu sento aqui, você nem senta perto de mim”, sabe?

Eu acho que os médicos, todo mundo, assim, sentam com o usuário, conversam, isso é muito bom, tá? Ai, deixa eu dar um suspiro aqui, grande. Ai, eu não tenho nem nada pra falar, eu quero agradecer a todos vocês. Quero agradecer, estou feliz. Agora, mês que vem, eu já... Não, esse mês faço aniversário. Você consegue acreditar quantos anos eu tenho? Eu falo: eu tenho 79 anos. Estou boa?

**PAULO AMARANTE**

Boa, inteira. Desculpe a brincadeira.

**IRACEMA POLIDORO**

Obrigada.

**PAULO AMARANTE**

Obrigado, Iracema. Foi excelente. Eu estou aqui olhando, e na internet está bombando, o YouTube. Tem muita gente que está vendo, falando, comentando, aqui dando opinião, sugestões. Eu acho que vai ser bacana esse desdobramento que a gente vai tendo além, depois dessa mesa, toda a junção que nós vamos fazer, a organização, a abertura durante o período de sugestões, de comentários, de propostas, de como levar essa luta aí. Então, tá indo.

Então, eu vou passar para a Patrícia Dorneles, Pat.

**PATRÍCIA DORNELES**

Boa tarde. Obrigada, Paulo. Eu tô muito baixa? Porque eu abaixei a cadeira aqui. Elas são altas, né? Mas eu tô baixa, vocês estão me enxergando? Mais ou menos. Tá bem? É, é, já. Eu quis poder tocar o pé no chão, é porque aqui a gente fica com pé assim. Mas tá todo mundo me enxergando, então tá bom.

Bem, gente, é um prazer estar aqui, queria agradecer ao Paulo Amarante, à Leandra, aos companheiros de utopia, e saudar a todos os companheiros de utopia, como dizia e ainda diz meu eterno governador, Olívio Dutra, gosto muito dessa expressão dos "companheiros de utopia". E a utopia se faz caminhando, e a gente continua aqui, né? Então, a Iracema fez um depoimento bonito, depois da Iracema falar, não tem como a gente não se emocionar. Então, feliz de estar aqui com Silvio, de novo, com a Cláudia, minha colega da Terapia Ocupacional, com o Eduardo e com a Iracema.

Bem, gente, eu sou Patrícia Dorneles, sou professora da UFRJ, acho que muitos aqui já me conhecem, porque a gente está há um tempo circulando, andando juntos. Eu sou uma mulher morena de cabelos pretos bem compridos e fios de cabelos brancos. Uso um óculos oval de duas cores, marrom e vermelho. Me maquiei um pouco para estar aqui. Já deve estar tudo meio derretido. Nem sei se tem o batom vermelho ainda. E estou aqui com uma blusa preta, uma manta preta, porque aqui é gelado. Então, já vim preparada, que eu conheço esses auditórios da Fiocruz, e uma saia preta e branca, e um allstar preto.

Tenho 36 anos de trabalho na gestão pública de cultura e é sempre desse lugar que eu gosto de falar quando estou aqui. Sou uma militante do Movimento da Luta antimanicomial desde 1994, de Porto Alegre. Era uma época boa de Porto Alegre, orçamento participativo, fórum social mundial, a política da democratização da cultura nos anos 90. Então, tudo isso me fez gente, e fez eu fazer essa caminhada interdisciplinar, transdisciplinar e intercultural na saúde. E me dedico - é o que eu gosto de fazer - sempre a pensar na construção de políticas públicas de cultura, a partir da cidadania e da promoção da cidadania cultural. E, nessa caminhada, eu estive com o Ministério da Cultura, muitos de vocês sabem, na época do Gil. O Paulo sempre gosta de lembrar que fizemos o Loucos Pela Diversidade, a oficina Nada Sobre Nós Sem Nós, e que geraram aí alguns movimentos no campo das políticas culturais.

Vou retomar um pouco da minha fala que fiz na Abrasme. Então, alguns colegas que estavam lá vão lembrar um pouco sobre o que disse.

E penso sempre, nas nossas contribuições no campo da saúde mental, nas três dimensões da política cultural, que a gente fala no campo da política pública de cultura no Brasil: que é a dimensão da cidadania como direito, a cultura como um direito. Então, acho que trabalhamos muito para isso, nesse sentido.

A cultura como uma dimensão simbólica, então, reafirmando a nossa enorme contribuição a partir de todos os nossos fazeres artísticos, estéticos, criativos, inventivos, na promoção da diversidade da cultura brasileira.

E a cultura como economia, que eu acho que esse é um desafio importante para a gente colocar na nossa mesa, o quanto que a gente tem que estar articulado e estudando os impactos das nossas ações e pensando aqui: qual é o nosso papel dentro da economia criativa da cultura?

Então, esses são alguns diálogos aqui que eu queria trazer para depois também contribuir com as proposições. Hoje, pela manhã, tivemos aqui a mesa coordenada pelo meu companheiro Kayky, com Ariadne, com Rogéria, com Alexandre, com a Cris, que já trouxeram, além dessas grandes experiências, uma trajetória.

Então, é importante a gente pensar que cultura é trabalho e que cultura dá trabalho. E quando eu falo que dá trabalho, dá emprego, dá geração de renda. Então, acho que a gente tem que partir também a partir dessas expectativas. Bom, os acúmulos que se apresentaram hoje de manhã aqui, apresentam uma caminhada estruturante, né, Alexandre?

Então, é assim no campo da cultura que as coisas funcionam, de fato. É a partir de um acúmulo, um acúmulo de trabalho, né? Um acúmulo de dedicação, dos desenvolvimentos das linguagens, dos estudos, porque a cultura também se estuda, para fazer cultura. Então, esse é o campo da cultura que a gente também quer se inserir e quer ver valorizado e reconhecido.

Bom, a cultura, então, sempre como um espaço de criação de inventividade, de identidade, de participação na construção da cultura nacional. Essas são as nossas contribuições para a questão da diversidade cultural. Redes afetivas que o pessoal hoje de

manhã falou: essas múltiplas dimensões a que, nessa experiência da criatividade e da inventividade de sermos artistas e produtores de cultura, também nos levam. Esse outro lugar, esse lugar da vida, lugar da felicidade, lugar da invenção dos territórios, dos territórios de afeto.

Então, eu fiquei escutando hoje pela manhã e fiquei provocada, até estava falando com a Leandra. Ontem, a Karina Gama esteve aqui, nossa parceira, diretora da promoção da diversidade cultural do Ministério da Cultura. Nossa parceira - não é, Paulo? - no Loucos Pela Diversidade. E eu tenho me perguntado também, a partir das falas que escutei hoje aqui e das nossas demandas do campo, em que lugar que a gente está na defesa da cultura e das políticas culturais. Qual é o nosso papel para isso?

O Ministério da Cultura, na época do Gilberto Gil, era o Ministério que tinha o menor orçamento público, menos de 1% do orçamento total da União. Então, eu via aqui a Cris, o Alexandre, a Paula, falando da necessidade de um financiamento permanente. Eu tenho dito que não é o Ministério da Cultura que tem que passar recurso para o Ministério da Saúde - faz tempo que eu digo isso -, para o Ministério da Saúde desenvolver ações no campo da cultura. É o Ministério da Saúde que tem que passar recursos para o Ministério da Cultura, para que o Ministério da Cultura possa promover as iniciativas do campo da saúde mental no âmbito das políticas culturais.

Então, para a gente poder pensar uma política cultural forte, em diálogo com o campo da saúde mental. Então, acho que são questões que a gente tem que colocar na nossa agenda, aqui nas nossas discussões: de que lugar que a gente fala e de que lugar nós vamos começar a falar?

Então, eu acho que a gente tem que se implicar com a defesa da política pública de cultura, eu acho que a gente tem que se implicar com o orçamento do Ministério da Cultura, e eu acho que a gente tem que se implicar com essa restauração do Ministério da Cultura, porque o Ministério da Cultura foi abaixo no governo passado, e teve que se reestruturar.

E, estamos aí, no dia 4 entra o defeso eleitoral. Não podemos ter mais nenhuma imagem do Governo Federal. Passamos por um processo de eleição, e esperamos que tenhamos um governo progressista, implicado com os direitos humanos, com a justiça

social. Mas vou trazer algumas coisas aqui que já conversei em outros momentos, mas acho que valem a pena a gente lembrar.

Quando o Ministério da Cultura faz a retomada, ele lança um grande edital chamado Sérgio Mamberti, esse edital é uma homenagem ao Sérgio Mamberti, porque é o secretário que criou a SID (Secretaria da Identidade e da Diversidade Cultural), o Paulo é um parceiro e acompanhou esse processo, eu trabalhava lá na SID. E, aí, dentro dessa política, a gente construiu uma ação, o Loucos Pela Diversidades, depois o edital, a oficina, e depois o edital que vocês sabem. E, aí, se conseguiu trazer a discussão, uma política pequena de fomento para o campo da saúde mental. Depois do nosso edital, essa política foi descontinuada e ela foi retomada de certa forma a partir dessa gestão do governo Lula, a partir desse edital. É um edital muito grande com muitas categorias, e a saúde mental ficou entre todas as categorias, mas ela se tornou invisibilizada para muitos de nós. Por que é que eu falo isso? Porque a gente teve pouca participação das iniciativas de cultura e arte do campo da saúde mental no edital de saúde mental.

Então, que nem eu disse outra vez, o edital chegou, mas a gente não chegou ao edital. Então, eu estava falando com a Leandra agora, e a Leandra estava falando de uma retomada de uma conversa que já tivemos, que ontem ela teve também com a Karina. Ah, sim, o Ministério da Cultura tinha... A gente passou por um governo desastroso. O Ministério da Cultura virou uma secretaria, e depois ele se retoma. Mas, mesmo assim, nós não estamos atentos às políticas públicas de cultura. Então, precisamos estar atentos às políticas públicas de cultura. Eu acho que essa é uma tarefa super importante que a gente tem que fazer.

Então, a gente teve poucas iniciativas, e muitas iniciativas que não lidavam exatamente com o público que trabalhamos, mas que se diziam assim: “faço, realizo oficinas de capoeira, por exemplo, e faço promoção de saúde mental”. Tá, ok. Mas não é disso que a gente está falando.

Então, a gente correu um risco grande, e está correndo um risco grande do que a gente vem chamando de “psicologização da cultura”, que é outra questão que a gente tem que estar atento, sobre isso.

Então, nós não vamos ter um outro edital nessa gestão e nós precisamos fortalecer essa agenda dentro das políticas culturais. Isso não significa só no Ministério da Cultura, porque a política cultural é uma política como… A gente está implementando o sistema nacional de cultura. Então, a gente precisa chegar no nosso município, na Secretaria Municipal de Cultura, na Secretaria Estadual de Cultura, garantir um assento dentro do Conselho Municipal de Cultura, do Conselho Estadual de Cultura, para que a nossa agenda esteja lá, para que a gente seja representado dentro das políticas culturais.

E aí, eu posso perguntar para vocês quantos de nós estivemos presentes nas Conferências Municipais de Cultura ou nas Conferências Estaduais de Cultura defendendo a nossa agenda.

Se a gente não está lá, a gente não aparece dentro da política pública. Então, a gente fala da intersetorialidade, da transversalidade da cultura, a gente fala da importância da gente pensar em ações conjuntas, mas a gente também tem que estar dentro dessa luta da política pública de cultura se manifestando e se fazendo presente ali.

Eu fico pensando assim: o que a gente tem que fazer? Quais são os desafios que temos que fazer? Eu acho que pensar essas articulações todas que já foram apresentadas são importantes, mas também é importante estar ativo dentro das políticas públicas de cultura. Por exemplo, eu não sei se vocês têm acompanhado, a gente teve a Quarta Conferência Nacional de Cultura recentemente - recentemente não, em 2024 -, porque não tivemos outras conferências de cultura na gestão anterior. E eu não sei se vocês acessaram o documento das 30 propostas que vão instrumentalizar a política do Plano Nacional de Cultura, que é um plano que serve para dez anos. Quantas vezes aparece a saúde mental nesse documento? Três vezes.

Cultura para a saúde mental, e diz assim: “cultura para a saúde mental, eixo 6, direito das artes e linguagens digitais, pessoas em conflito com a lei, pessoas neurodivergentes, cultura para a saúde mental, pessoas refugiadas, pessoas, circenses, ciganas e nômades”. A cultura para a saúde mental está junto com a ideia da inclusão, das populações cuja inclusão deve ser assegurada. Ela não tem uma moção específica, ou uma tradução e uma diretriz específica.

Isso não é o Ministério da Cultura, isso é nossa ausência na presença da disputa política, da construção da política cultural na base das nossas cidades, dos nossos estados, 85 vezes aparece “pessoas com deficiência” nesse documento, 85 vezes, 3 vezes cultura para a saúde mental. Então, eu estava lá na conferência, a gente não organizou uma conferência temática de cultura para a saúde mental, por exemplo, para a gente trazer esse debate também.

Também não teve um fomento específico do próprio Ministério da Cultura, nesse estímulo. Há aí uma discussão, pessoas com deficiência, saúde mental, que a gente precisa conversar mais. Mas é preciso a gente se dar conta também dessa nossa invisibilidade e da nossa pouca presença nesse debate.

Bom, eu também tenho dito que é preciso que a gente construa indicadores: a gente não tem dados. As políticas públicas estão cada vez mais se qualificando a partir de indicadores, dados. Então, existe o sistema de indicadores e informações nacionais. Assim, é preciso que a gente tenha esses estudos em relação a isso. Já vi do meu tempo.
Então, eu acho que a gente precisa se organizar politicamente junto às políticas culturais. Como que a gente pode fazer isso? Uma das propostas: eu acho que a gente tem que construir uma grande mobilização de participação nesse mapeamento que foi lançado, que envolve a economia solidária, o Ministério da Cultura, o Ministério da Saúde, porque ali a gente vai ter dados, como também a adesão no Cultura Mais Cultura na Saúde etc.
A outra questão é a seguinte: a política do Governo Federal está no Ministério da Cultura, ela está funcionando a partir do sistema, e a gente tem agora uma grande ação, a maior política pública de descentralização de recursos, que é a política da lei Aldir Blanc. Já estão sendo lançados os editais, estaduais e municipais de cultura. A gente tem que estar preparado para disputar esses recursos, a gente tem que se capacitar para disputar esses recursos. A gente tem que estar presente nesses editais.

Então, é preciso que a gente se organize para isso.

A política do Cultura Viva - o Alexandre lembrou bem aqui, a Cris também - é uma grande política nacional. Era um programa que se tornou uma política pública.

Todos os municípios, todos os estados têm pontos de cultura, Cultura Viva, e agora a gente pode ser ponto de cultura por coletivos: vamos criar os coletivos, pontos de

cultura da saúde mental. Eu até falei para o Paulo - o Paulo fez o fanzine da economia solidária -, vamos fazer o fanzine da cultura para explicar para as pessoas como elas podem se transformar em ponto de cultura. Porque, se tornando ponto de cultura, a gente pode disputar recurso pela lei Aldir Blanc, a gente pode disputar os recursos dos editais de pontos de cultura que tem nos estados e nos municípios.

Então, a gente precisa também se emancipar nesse sentido, criar os coletivos para além dos CAPS. E a gente pode criar vários: temos os grupos, pode ser uma associação de artistas visuais, pode ser uma série de coisas que a gente pode formar em relação a isso. O Cultura Viva mesmo tem uma política internacional, vocês sabem, a gente tem Cultura Viva, que se chama Cultura de Base Comunitária, que é a rede latino-americana Cultura Viva de Base Comunitária.

Paulo, acho que até valeria a gente investigar se a gente tem aí nos países da América Latina, você que é bem articulado. Será que a gente não tem pontos de cultura nos países da América Latina - que são de coletivos de saúde mental, de grupos de saúde mental -, já que a gente tem essa articulação com a América Latina, tanto na política do Cultura Viva, como no movimento da luta antimanicomial?

Outra questão que também acho que é importante, lembrando o que eu já falei da lei Aldir Blanc, que é a PNAB, é preciso reconhecer que a gente promove a economia da cultura.

Então, o Alexandre estava falando aqui da importância de um recurso de um ponto de cultura. Porque você chegou e comentou: “a gente pode aumentar as nossas oficinas”. Quando a gente aumenta as nossas oficinas, a gente aumenta o número de oficineiros, a gente contrata pessoas para trabalhar. Quando a gente faz o bloco na rua, a gente está gerando economia criativa da cultura, porque o cara que vem de cerveja, no isopor, ele está fazendo parte dessa cadeia produtiva da cultura. Então, é importante que a gente investigue sobre isso: a criação de empregos, tudo que gera na economia criativa da cultura das nossas ações culturais.

E, aí, é preciso construir uma pesquisa para isso, sabe, Paulo? Você aí com os seus orientandos, né? Eu até gostaria, quem sabe, fazer um pós-doutorado contigo para a gente fazer isso, mas, assim… A gente precisa trabalhar com esses dados para a gente

poder aparecer e poder dizer que economicamente a gente é viável de alguma forma, e que a gente precisa de mais recursos para a gente continuar fazendo, para trazer esses dados e poder nos instrumentalizar mais, acompanhando as políticas que se organizam. E também acho que talvez saia ainda, já estou concluindo, um edital de pontão de cultura.

E o que é um "pontão de cultura"? Um pontão de cultura, quando surgiu, ele era aquele ponto que ia capacitar outros pontos. Ele é um pontão, ele tem a característica de pontão, porque ele capacita, qualifica as ações dos pontos de cultura. E nessa última edição, agora nessa retomada do governo Lula, os pontões de cultura surgiram muito para reorganizar a política das redes, então os pontões de cultura foram pontos de cultura temáticos: pontos de cultura do hip-hop, pontos de cultura de acessibilidade cultural… Então, esses pontões de cultura, eles reorganizaram e estruturaram os territórios, uns dedicando as políticas culturais, outros dados aos pontos de cultura.

Então, eu acho que a gente tem que fazer uma proposta para a Márcia Rollemberg, porque no edital de pontões de cultura a gente não teve um pontão da saúde mental. E, se a gente conseguir ter um pontão da saúde mental, a gente vai poder reorganizar toda essa fragilidade que temos, que seja, capacitar pontos de cultura ou coletivos culturais para se tornarem pontos de cultura, porque é assim que a gente vai se inserir neste momento na disputa do orçamento, no campo do cultural.

A gente vai poder organizar os mapeamentos, a gente vai poder fazer essa mobilização para os cadastramentos. A gente vai poder fazer a produção de dados. Então, pontão com a responsabilidade de organizar todo o sistema de produção cultural do campo da saúde mental. Eu acho que isso é uma proposta importante para a gente fazer com o Ministério da Cultura, se acontecer ainda nesse governo o edital dos Pontões de Cultura, ou, se não, para a gente se preparar para disputar esse orçamento e quem sabe a gente fazer uma rede nacional para a gente poder estruturar esses dados no campo cultural.

É o isso que eu tenho aqui para contribuir, além de… Reafirmo, concordo com os meus colegas do campo da cultura, a gente tem várias demandas, mas convido vocês a estarem mais próximos das políticas culturais, para que a gente possa fortalecer as

políticas culturais, se fazer presente dentro das políticas culturais e construir melhor as estratégias de fomento para a gente. Era isso.

**PAULO AMARANTE**

Muito obrigado, Pat. Estou analisando já a sua proposta de pós-doutorado, a partir de agora. Eu estou com ela plenamente em análise. Eu sou julgador de samba do Tá Pirando e do Loucura Suburbana, olha aí, o que me tira a possibilidade de concorrer por conflito de interesses, porque eu gostaria de nos próximos anos estar concorrendo. Mas, uma correção: o fanzine, eu até falei, é uma produção coletiva do LAPS com a UNICOPAS, com o apoio da OPAS. Na época, a Cláudia era a representante da OPAS no Brasil, nos conseguiu esse projeto. E, realmente, é fundamental a gente fazer um [fanzine] sobre cultura no campo da saúde mental. Acho que um outro seria sobre a questão da educação, do trabalho com professores, professores da rede pública, que é questão do papel da escola na medicalização, patologização. E já estamos, também, fazendo um outro, no geral, sobre medicalização.

Até com essas questões, porque até hoje a gente fala de desmedicalização, e as pessoas pensam em remédio. Não conseguem sair da ideia de que é o remédio, tirar o remédio. E nós, há dez anos - esse ano, então, vamos ter daqui a pouco, se o Helcio puder colocar aquele cartaz aí do 10º Seminário Internacional “A Epidemia das Drogas Psiquiátricas" -, para a gente já agendar e botar na agenda aí. A gente vem fazendo esse seminário, discutindo isso com grande participação de usuários, nacionais e internacionais. Agora, só lembrando aqui um pouquinho, a gente trouxe a Olga Hansmann, uma das fundadoras do Ouvidores de Vozes, lá da Dinamarca. Aqui no Brasil tivemos a Elisama em vários trabalhos. A gente sempre articulando o trabalho aqui da FIOCRUZ, nós, do LAPS, com a ABRASME. Tem a nossa presidente, os diretores aqui, diretora cultural, sempre articulando o trabalho que a gente faz na academia, digamos, a Fiocruz, não é uma academia rigorosamente, um espaço acadêmico com a rede, com o movimento social, sempre articulando. Então a ABRASME sempre teve, foi uma

vanguarda, não tenho dúvida nenhuma, na questão da economia solidária, na questão da arte e cultura, com o trabalho no campo da saúde mental.

Mas eu estava lembrando agora que a Rogéria, já a segunda ou terceira vez que vem no nosso seminário, teve, inclusive naquele aqui dos 40 anos da 8ª Conferência. Esse ano, há 50 anos do CEBES, eu fui da primeira geração do CEBES, 40 anos da 8ª Conferência, ano que vem 40 anos da 1a Conferência Nacional de Saúde Mental.

Mas, trouxemos a Elisama aqui, foi inclusive mestre de cerimônias aqui e é porta bandeira da Loucura Suburbana. Quanta gente, não é? Patrícia Ruth, Edvaldo, que sempre participa, a Mariana do Sobreviventes, Camila, Ingrid, Laura Delano veio três ou quatro vezes aqui, Peter Lehrman, um dos usuários mais importantes desse movimento, o Peter Groot, o Will Hall esteve aqui com a gente, a Tina Minkowski, me lembrei dela pouco tempo atrás, então é a gente pensar em vários movimentos.

Na época, a GAM, é a gestão autônoma. Agora a GAC e outros movimentos sobreviventes de usuários, de cooperativas, de processos, etc. A gente está pensando que esse processo de desmedicalização é uma primeira, uma luta contra a redução da vida, a sintoma, problema médico, que a vida se expressa, a narrativa da vida, o sofrimento, de tudo aquilo é problema médico. Mas, muito frequentemente reduzida também a ideia e acho que quem falou isso hoje foi de manhã, não reduzindo a resposta à crise. Se não me engano o Rossano já tinha falado isso também, não reduzir a resposta da medicina à medicação, como se o seu primeiro tratamento, a medicação. Então quando os CAPS têm alguma dificuldade, quando vejo falar “não tem médico que não sabemos o que fazer” ou “não tem remédio”. É o momento de saber o que fazer, é o momento de tentar criar coisas, cria um bloco, cria uma cooperativa, cria uma reunião, como os grupos de reflexão, os grupos cooperativos, de auto-ajuda, da ajuda mútua. Tantos desses trabalhos foram fundamentais e apontaram para saídas de arte e cultura, economia solidária, organização, etc.

Eu fiquei aqui falando nisso porque eu acho que é importante esses fanzines, esses projetos, essas várias experiências, essa ideia, Iracema fala, temos que retomar o movimento de familiares, o protagonismo, nós fizemos esse seminário aqui na Fiocruz, nós gostamos do primeiro dia da reunião LAPS, com a OPAS, do protagonismo dos

usuários familiares, trouxemos os usuários familiares do Brasil inteiro aqui dentro, fizemos reunião, fizemos pauta, agenda, o concurso de frases e cartazes para poder estimular e tudo mais. Precisamos fazer isso, como fazemos? Via ABRASME, via esses movimentos, a questão também da saída, temos que dialogar mais intersetorialmente com a educação, com a cultura, com a assistência social, com o trabalho, com outras dimensões da vida que a gente possa criar.

Lembrando sempre que Boa parte dessas instituições, dessas pessoas que foram parar as instituições, as colônias com 6 mil pessoas, o Engenho de Dentro com não sei quantos mil, o Juqueri, o filme que a Cris ajudou, chegou a ter mais de 20 mil internos. Imagine um hospício com 20 mil internos, o que é isso, né? Vocês vejam o filme "Juqueri o lugar fora do mundo", vocês vão ter uma ideia, que pensando só não dá, tem que ver. Então é isso, a gente tem que criar uma utopia, a Cláudia falou isso há pouco, e a Pati também. Nós criamos uma utopia louca por uma sociedade sem manicômios. Nós não construímos sociedades sem manicômios, mas acabamos com muitos manicômios.

Manicômios, hospícios, lugares que usam da exclusão, práticas racistas, práticas negacionistas, práticas proibicionistas, acabamos com muita coisa aí. A meta continua, a utopia está lá, a gente vai continuar fazendo. Acho que tem um monte de ideia aqui, assim, mas não sou eu que vou fazer.

Eu já vou abrir, já vi que tem inscrição. Antes de todos falarem, eu vou pedir assim, eu falei muito, que sejam então, falas as mais curtas, possíveis, objetivos, trazendo o problema para que a gente possa depois devolver a mesa. Pela ordem que eu vi, Paula, Cris, Letícia, Cláudia, tá.

**PARTICIPANTE TERESA NEVES**

Boa tarde a todos. Eu sou Teresa Neves, eu sou pesquisadora da casa, do Departamento de Política de Medicamento e Assistência Farmacêutica. Quero parabenizar Paulo por esse evento tão importante, tão atual, tão necessário, esse tema. E gostaria de colocar o nosso departamento à disposição de todos vocês para aprofundar e se inserir nessa temática dessa agenda tão importante. Então, quem quiser entrar em

contato com a gente esse tema já vem sendo discutido internamente, mas a gente, seria uma oportunidade muito importante para o Departamento colaborar com esse grupo todo que está aí, já combinei até com Paulo, né, rapidinho. Então é isso, estou à disposição, o Departamento está à disposição para quem quiser entrar em contato para a gente colaborar com essa discussão. Ok? Obrigada.

**ANA PAULA GULJOR**

Eu estou aqui ainda às voltas compensadas nessa institucionalidade que pode ser cristalizante, mas que a gente precisa dela. Lembrar que esse fanzine, o encontro do protagonismo, do protagonismo, do consenso de Brasília, que teve curso, que a gente trouxe usuários e familiares nacionalmente. Mas isso a gente conseguiu fazer, porque não brotou, isso conseguiu fazer porque o governo do Mato Grosso do Sul e a OPAS, permitiu uma linha de financiamento para que a gente pudesse fazer o fanzine, pudesse trazer as pessoas, pudesse fazer ações de fortalecimento nos CAPS da rede estaduais, fizemos. E isso gerou que eles conseguiram fazer um edital, construir um projeto. Isso foi a mesma coisa da década de 2000 aqui. Teve uma oficina para fazer o edital.

Bom, o que eu quero dizer com isso é que estamos, esse ano, em 2026, os Conselhos de Saúde, o Campo Antimanicomial prioritariamente começa na área de saúde. Em 2026, estamos nos 40 anos, se pensarmos que em 1992, lei 8.142, a instalação dos Conselhos Municipais de Saúde. É pensar que, neste todo, a gente ainda tem muita dificuldade. Iracema mais que eu diga aqui nos Conselhos Distritais. Eu, na década de 90, participei do Distrital aqui de Irajá, naquela região. Os Conselhos de Políticas de Drogas idem. Então, a gente se organiza, a gente tenta. Isso é importante. Mas, mesmo as ações de fortalecimento locais, a gente precisa de compromissos de governo que invistam nisso, porque a gente se organiza, a gente tem muita gente.

Não é a mesma coisa a gente discutir o que a gente está falando aqui sobre a cultura, sobre esses investimentos, sobre o Ministério do Trabalho, do que a gente está falando sobre a saúde, e a gente tem muito problema ainda hoje.

Bom, resumindo, eu só queria trazer para a gente pensar que, recentemente, o que eu achei uma estratégia muito interessante. Gostei dessa questão que Patrícia traz sobre saúde, financiando a cultura. Achei isso muito importante. E, recente, foi assinado através... Isso se faz por convênios, para quem sabe, mas isso se faz por convênios. Recentemente, o Ministério da Justiça, o DESMAD, fez uma estratégia de convênio, de financiamento dos centros da assistência social para financiamento do cuidado pensando nessa questão, da questão das drogas, como uma questão ampliada. E aí, a gente não pode jogar para a sociedade civil a responsabilidade de construção dessa política. A gente entende, mas a gente está há 40 anos com a saúde.

Agora, a gente está caminhando, de uma forma frutífera, mais robusta, essa sentada do Ministério da Saúde com o Ministério da Cultura, nos legitima para levar essas demandas para eles. Agora, já existem ações, e ações concretas, faz um convênio e repassa o dinheiro. Isso é ter compromisso. Ter compromisso a gente fala, a gente discute, a gente entrega, e aí a nossa carta, lá, dos usuários e familiares que vêm do protagonismo, foi levada, e agora a história do Comitê Intersetorial está em implementação. Então, o compromisso é isso. É a gente chegar, a gente falar, a gente falar o dia, e materializar. Porque, senão, não é compromisso. Eu acho que essa é uma questão que a gente precisa levar, e eu estou falando dessa forma dura, porque esse seminário está sendo transmitido nacionalmente.

Então, é importante que a gente fale isso, que as pessoas precisem pensar que a gente vai ter agora uma eleição. Então, esse tipo de compromisso é um compromisso que temos que refletir na plataforma dos nossos candidatos, na fala e nas ações. E eu realmente espero que a gente consiga pressionar para isso. Esse evento é um passo, uma das estratégias que a gente utiliza para essas ações.

**PATRÍCIA DORNELES**

Eu penso que, se tem uma força que a gente precisa estimular, é a participação popular e nesse sentido de poder esclarecer o quanto que essa virada de lógica, quando a gente fala em desmedicalizar, desinstitucionalizar e acho que poder olhar diferente é essa

aproximação mais orgânica à saúde e à cultura, ela é necessária. Eu penso que, hoje, a saúde poder destinar orçamento é algo necessário pela urgência. Mas a gente precisa, e acho que é tarefa nossa, tarefa popular, da dimensão, da importância da cultura. O que é a primeira causa de governos fascistas? A atitude. A primeira atitude, por causa da importância da cultura, é queimar livros, é fechar teatro, fechar cinema, banir os artistas e fechar o Ministério da Cultura. Então, são esses os sinais que, acho que, nos indicam a importância que é isso. Então, fazer a discussão da importância da cultura para a saúde, para a vida, para o trabalho, Acho que é uma tarefa nossa e é uma tarefa de letramento que a gente precisa fazer com o poder popular.

E a provocação que o Paulo fez quando não tem médico, é aí que a gente se vira? Eu vou dizer, Paulo, a gente não tinha maestro, não tinha regente, ficamos um ano sem regente, com um grupo de 30 pessoas. Para não morrer, a gente não tinha outro jeito, Ninguém tocava piano, estávamos numa sala enorme do Centro Cultural São Paulo e a gente resolveu fazer poesia. Esse livro tem 20 anos. Eu vou entregar para o Paulo, foi mandado para ele. São as poesias. A maior parte das produções são de frequentadores do serviço de saúde mental, familiares e amigos.

**ARIADNE MENDES**

Então, eu queria fazer duas colocações aqui, primeiro para o Paulo e depois para a Patrícia. Paulo, concordo com você reforçando aí o que foi dito agora, dessa questão da gente se reinventar e criar alternativas quando falta o maestro, falta o médico. Mas eu queria falar, Paulo, aqui de uma questão que está muito, muito presente no nosso dia a dia, que é a escuta, às vezes o que precisa é só escuta. É isso que os usuários mais reclamam hoje em dia nos CAPS, a falta de escuta, isso pelo número de atendimentos que um CAPS tem que dar conta, pela precarização do trabalho, a muita rotatividade, então não há mais escuta, é verdade isso, isso não sou eu que estou falando, são os usuários.

Bom, e outra coisa, para isso até, para a gente de alguma forma interferir politicamente nisso, eu acho que a questão que já está sendo colocada aqui é o reforço à importância dessa rede de usuários e familiares, porque eu acho que quem tem que fazer pressão, já

que há precarização, e foi falado aqui, eu acho que muito pela Luciana, que não está mais aqui, dessa questão do medo, do medo de se expor ao se fazer reflexões e críticas. Isso está sendo inexistente, praticamente, por causa dessa precarização, por causa da terceirização e etc. Bom, e é isso aí, então eu acho que esse reforço é superimportante dessas associações que podem ter uma atuação efetiva.

Patrícia, eu queria falar dos editais. É claro que eu sou uma admiradora da Lei, do Cultura Viva. A gente acompanhou todo esse processo, durante a pandemia, a gente foi muito ajudado, realmente, com a Lei Aldir Blanc, foi ela que salvou a gente. Teve realmente um edital que fez as contas de quantos pontos de cultura nós éramos no Rio de Janeiro naquela época, e a verba destinada para o edital contemplou todos. Então, isso foi, assim, inédito. O que está acontecendo é que o número de pontos de cultura aumentou num exponencial absurdo. Hoje em dia, várias iniciativas culturais podem reivindicar a chancela de ponto de cultura. E, com isso, aumenta muito a concorrência.

Nós, acho que o Tá Pirando, não sei se o Império Colonial ou o Zona Mental, mas pelo menos o Tá Pirando e o Loucura, a gente vive de editais há anos. E hoje em dia é uma guerra, porque você tem mil inscritos para vinte premiados. É isso que acontece com os editais, a gente se inscreve, mas a gente não ganha todos. E é isso. Tem outra coisa também, a gente perde um tempo absurdo com equipes mínimas, que a gente tem equipes mínimas nessa questão de elaboração de editais. Ok, faz parte do trabalho da cultura. Não estou querendo dizer que não faz. Mas é isso, a gente tem um sobretrabalho aí para, no fim, morrer na praia, porque a gente não ganha todos. Então, essa concorrência é desleal. E, por outro lado, eu não sei se o Ministério da Cultura poderia ter alguma supervisão, mas o que acontece também é que a gente às vezes ganha edital e a verba vem depois do evento que está escrito no edital.

Por exemplo, os blocos de Carnaval, a gente durante dois anos ganhou edital para desfile, só que a verba veio depois do desfile, porque demora muito. Então, tem umas questões aí que são complicadas. Enfim, mas, de qualquer maneira, o pontão acho uma boa ideia, acho excelente essa ideia de propor um pontão da saúde mental, só que também ele é finito, ele tem uma duração, mas já seria alguma coisa mais potente para a gente poder se unir e tentar ir uma outra saída, é isso.

**MARIA APARECIDA MOYSES**

Eu queria só lembrar algumas questões que foram discutidas ontem e que eu acho que precisam ser contempladas no relatório. Talvez eu não tenha deixado tão explícita algumas propostas, acho que a da Cecília também, que são dois grandes eixos, que é um de interferência nas políticas de saúde. E aí é em todos os níveis, é Conselho de Saúde, a Prefeitura, Ministério, CONITEC, ANVISA, onde a gente poder entrar e interferir de fato nas políticas de saúde e também nas políticas de educação, acho que a gente precisa interferir de verdade. Tem que achar inventar os modos aí de interferir e de entrar.

E o outro campo que está diretamente ligado aí, isso é questão de formação profissional, tanto na graduação como na educação continuada. Acho que aqui somos de várias universidades, talvez seja mais fácil a gente começar até com os cursos de extensão, que eu sei que você tem esse projeto, para profissionais da saúde, profissionais de educação, e a gente ir acumulando e tentar interferir nas políticas de formação.

Uma questão que, ontem, na mesa da manhã, que foi muito discutida, embora não tenha sido, é que não podemos deixar de falar que é tirar o financiamento público das não comunidades anti terapêuticas. Precisa estar no relatório gente.

**LETÍCIA DO AMARAL**

Bom, primeiramente eu quero parabenizar as falas, agradecer os integrantes da mesa, foram contribuições muito importantes, gostei demais da contribuição também da Cláudia, achei muito importante essa perspectiva da prescrição social, de pensar alternativas para além do modelo médico. Mas o que eu quero falar é muito na linha do que as colegas falaram agora, pensando na cultura, mas a partir de uma outra perspectiva, pensando que nós vivemos hoje uma cultura do diagnóstico.

E essa cultura ela está nas redes sociais, ela está dentro da escola, ela está permeando todos os universos sociais. E aí, para não ficar aqui só problematizando porque isso acho que já é um ponto que todos sabemos. Mas trazer um exemplo de uma iniciativa do governo da Espanha que colocou a pasta de saúde mental dentro da pasta de direitos humanos e promoveram uma ação de conscientização, é um vídeo educativo de conscientização para mostrar como o sofrimento psíquico, no maior dos casos, é produzido socialmente. Então mostra mesmo, é um filme que é passado reproduzido, televisionado, em nível nacional, mostrando como uma mulher, uma mãe com dois filhos no carro, recebendo uma ligação do marido que fica desempregado, começa a ter uma crise de pânico dentro do carro, mostrando como sintomas são produzidos socialmente. Eu acho que esse é um caminho também importante que pode ser, que acho que é nessa linha da intersetorialidade, do Ministério da Saúde junto com o Ministério da Cultura, de produzir uma campanha que vai para além de cada setor.

Pensar em atingir realmente a população de uma forma mais ampla, então um vídeo educativo como esse mostrando que o sofrimento psíquico é socialmente produzido. Também tem um outro rapaz que fica sem dinheiro para pagar o aluguel, não tem o dinheiro para pagar o depósito do aluguel, tendo uma crise de insônia, não dormindo a noite inteira, então esse vídeo foi produzido pelo próprio governo da Espanha e televisionado, então acho que essa é uma ação que atinge a população massivamente e que é uma ferramenta importante de combate a essa cultura do diagnóstico, que é a grande força da medicalização.

Por que nós temos agora crianças pedindo diagnósticos já não são mais nem os pais, né? Eu tenho o meu filho que chega em casa e porque quer fugir da lição de casa eu tenho TDAH, eu tenho TDAH. Eu não estou brincando, é um exemplo real vivido por mim, né? Então, bom, eu só queria trazer mais essa contribuição e também em relação à prescrição, à desprescrição, muito na linha do que a colega falou sobre criar uma disciplina para as licenciaturas, para a incidência na escola sobre o tema da medicalização.

Também existe uma experiência numa universidade australiana, na formação de psiquiatras, que incluiu uma disciplina sobre desprescrição gradual e segura, e dentro da

formação dos psiquiatras. Existe uma iniciativa dentro da formação profissional, para que os profissionais já saiam formados com essa capacidade. Então, era isso, era para ser uma fala rápida e propositiva mesmo, mas quero agradecer novamente a oportunidade.

**PARTICIPANTE MARIA DAS MERCES**

Eu sou Márcia da Mercês, sou professora da Rede Pública Municipal de Ensino do Rio de Janeiro, ciências na educação de jovens e adultos, e me aposentei em 2015, então eu estou só aqui no segundo trabalho, que é a Tecnologia de Saúde Pública aqui nessa escola. Quando ela falou aqui da competição entre vocês, entre todos nós para concorrer a editais, me deu a deixa do que é o essencial na minha fala, que é assim, a minha luta, a vida inteira foi contra atividade de competição na educação. Porque, se a gente quer construir uma outra realidade, é incoerente estimular a competição. É difícil fazer ações coletivas com muita gente sem fazer competição, é um desafio. Mas eu, como na minha competência técnica, tenho metodologia para isso. E eu fiz isso na minha experiência de vida com a professora e faço aqui também.

Ou seja, eu estou querendo me colocar à disposição de vocês, assim como a pessoa da Escola já se colocou. Eu quero me colocar à disposição, eu trabalho no gabinete da direção e muito voltada para esse trabalho de extensão, o trabalho na relação com a sociedade. Então, o que eu gostaria de dizer é que tem alternativa para isso. E, assim, a construção, a cultura do trabalho colaborativo, acho que é a cultura que a gente precisa cultivar para atender a solicitação que a Cida fez ontem. A Cida disse o quê? Precisamos fazer políticas públicas contra hegemônicas. Políticas públicas que façam o mercado ser moldado à política de educação e saúde. Não o contrário, foi isso que ela falou. Enquanto estivermos fazendo política que gera, produz cultura de competição, estamos indo na direção oposta a essa. Ou seja, é um grande desafio, é muito mais fácil fazer um concurso e escolher a melhor redação do que construir um texto coletivo com um pedacinho de cada um, mas é possível. Entendeu? Assim como ela falou ali, o que não é proibido é possível, né?

Então é possível, eu já fiz isso com 150 escolas, texto coletivo, 150 escolas da educação de jovens e adultos no Rio de Janeiro, durante vários anos, sem precisar fazer seleção de qual o melhor. Ou seja, a gente pode construir esse, eu quero concretamente propôr que esse pontão de cultura, que seria essa proposta para unificar o grupo, que tenha como meta a construção da cultura do trabalho colaborativo, porque eu acho que isso é necessário. A cultura do trabalho colaborativo, que é uma cultura que dispensa o maestro, como ela falou ali, Marx define cooperação assim, é aquilo que você, ao fazer junto, produz um efeito maior que a soma das partes. Em geral, no capitalismo, o capital rege a orquestra para que ela gere esse produto, ela é a dona do projeto. Se a gente quer um outro tipo de sociedade, quem é o dono do projeto, quem é o maestro, é o coletivo, e não alguém que está fora. Então, a gente não pode gerar competição e achar que a gente não está sendo incoerente com o trabalho da gente.

A competição gera problemas sérios de sofrimento sérios. Se eu for contar os casos aqui de Manguinhos, são bem mais graves do que os que ela contou aqui. Vou dar só um. Uma mulher que eu conheci agora há pouco tempo, uma jovem mulher que é desempregada, sofrendo consequências de vários problemas de saúde, inclusive o espancamento do marido e vários problemas de saúde, sem emprego, sem nada, sem ter o que alimentar o filho, ela comprou chumbinho para tomar com o filho, o filho de dois anos. Ela não teve coragem, agora está em depressão, mas sabe, a depressão dela é porque ela não consegue nem se aposentar por invalidez do trabalho, porque ela ficou com um problema de saúde sério nas mãos de tanto exprimir suco de laranja nos restaurantes.

Então, assim, são coisas bem sérias, né? E ela está sendo tratada na saúde mental.

**PAULO AMARANTE**

Nós temos dois escritos ainda, Laura e Gabriel. Depois nós vamos passar para a mesa para encerrar, ok?

**PARTICIPANTE LAURA**

Vou tentar ser breve. Meu nome é Laura, sou médica de família e comunidade. Queria falar em coro, o que Cláudia trouxe. Acho que todas as mesas isso foi trazido, mas queria trazer isso enquanto proposta concreta para a produção do relatório. Quando a gente pensa nos CAPS, enquanto projetos territoriais, a gente está falando de territorialização, que é uma ferramenta do fundamento da tensão primária à saúde. Quando a gente está falando de articulação, a gente não está falando de articulação com a tensão primária. Esse processo de territorialização da Rede de Atenção Psicossocial, essa necessidade de territorialização do trabalho na RAPS, é uma territorialização que já está sendo feita. Então, se a articulação fosse mais aprofundada nos territórios em que a gente consegue fazer essa articulação de forma efetiva, esse trabalho não precisa ser refeito, ele é aproveitado.

A gente tem a tecnologia essencial da materialização da territorialização, que é o agente comunitário de saúde. É uma função que veio, que existe desde que existe territorialização, na realização, enquanto tecnologia brasileira. E, se a gente aproveita esse recurso, se a gente entende esse processo de territorialização como recurso de saúde da rede de atenção à saúde, não somente da RAPS, nem somente da atenção primária, a gente consegue fazer um cuidado de fato integralizado e, consequentemente, desmedicalizante. Na atenção primária, nós fazemos prescrição social desde sempre. Nós fazemos atendimento coletivo, nós fazemos articulação comunitária desde sempre. Então, se nós conseguimos aproveitar esse trabalho territorial, esse mapeamento, esses mapas que os agentes comunitários de saúde têm, a gente não precisa refazer esse trabalho. A gente consegue aproveitar isso enquanto recurso de rede. E para além disso, acho que lugar nenhum talvez esteja tão presente o processo de medicalização como na atenção primária.

No CAPS, a gente está medicalizando sofrimentos graves, mas na atenção primária, a gente está tratando a fome com fluoxetina. Então, acho que, se a gente não faz essa discussão, se a gente restringe essa discussão à atenção psicossocial, a gente perde talvez 80% do que das pessoas que estão tendo sofrimentos sociais tratados com medicamento.

**PARTICIPANTE GABRIEL**

Boa tarde, gente. Eu sou o Gabriel. Sou técnico em saúde mental. Trabalho num CAPS aqui da zona norte do Rio de Janeiro, como médico psiquiatra. Queria reiterar algumas falas. Não vou repetir, mas acho que explicar um ponto que para mim na realidade do trabalho, enquanto médico, enquanto técnico em saúde mental, enquanto o prensador de Bottons do projeto de criação coletiva que a gente tem do Surto Criativo. Me pega muito que é, primeiro, da importância de a gente ter esse seminário, essa agenda de políticas públicas, para desviar, entender que o problema da medicalização vai para além de um voluntarismo individual, até militante, de alguns profissionais. Falo também no lugar de médico psiquiatra, muitas vezes é convocado a fazer esse trabalho sujo, digamos assim, mas do quanto, dentro da saúde, a adoção, e aí a adoção de modelos privatizantes está diretamente relacionado à ambulatorização do cuidado e à medicalização da vida, do quanto isso necessariamente vem vinculado.

Eu acho que é preciso que a gente veja como na realidade concreta dos serviços, por que o atendimento se ambulatoriza e por que a medicação toma a centralidade do cuidado? Por vezes não é por vontade do profissional, mas eu acho que, falo aqui da experiência do Rio de Janeiro, também trabalhei com na atenção primária em outras capitais em outros estados daqui, e na atenção primária. Acho que como a colega colocou, acho que era até pior, era um trabalho ainda mais frustrante de ter que recorrer a medicamentalização como único recurso, mas de como a forma como o trabalho está estruturado. Eu acho que um ponto para se pegar, um pouco da minha trajetória, tive minha formação, minha formação psiquiatra no manicômio, o problema era o manicômio, fui para Trieste, estagiei e trabalhei um Tempo lá, e aí a chegada, então, aqui, trabalhando num CAPS, foi meio que um choque de realidade, de tentar trazer aquilo para um contexto que Rio de Janeiro não é Disney, não somos Europa.

E como é que a gente traz isso para a nossa realidade concreta? Porém, um grande ensinamento de lá, de fato, é a importância do vínculo enquanto a maior estratégia terapêutica, a intensificação do vínculo como uma forma de atravessar a crise com

alguém e como é que isso se dá, parece um pouco repetição, mas como é que isso se dá no serviço com rotatividade, alta rotatividade profissionais, como é que a gente constrói esse vínculo, intensifique esse vínculo, então fica impossível. A gestão da crise vai ser a medicalização da crise, assim, se não tem essa continuidade, se não tem essa vinculação. Então, acho que a gente também para a mesa, como superar a ciência e esse desafio, e dentro desse cenário de uma saúde contratualizada com indicadores, com accountability, etc.

Como é que a gente tenciona talvez esses indicadores no sentido de desmedicalização, que acho que tem pouco a ver com quantidade de remédio, eu acho que a permanência de equipes, a forma como as coisas se dão, tem muito mais a ver com, estão muito mais relacionadas com esse tema da desmedicalização, como é que a gente pode tensionar dentro dessa saúde contratualizada no sentido de desmedicalizar e isso num curto prazo, no longo prazo, como superar isso. O que eu vejo é dar muito mais trabalho, o meu trabalho é muito mais difícil e custoso no sentido de desmedicalizar, de criar um projeto de criação coletiva e geração de renda, tendo também um mandato que me é dado enquanto médico e psiquiatra do CAPS. A realidade é que muitas vezes essas atividades coletivas, oficinas terapêuticas, elas se dão à custa de uma superexploração do trabalhador que leva trabalho para casa, que coloca seus próprios recursos para fazer as oficinas, para conseguir materiais e como a gente consegue, de fato, viabilizar e dar recursos concretos para sustentar essa inventividade do trabalho da RAPS, que a gente tanto ressalta a importância.

**PAULO AMARANTE**

Obrigado. Obrigado, Gabriel. Bem, eu vou passar para a mesa para fazer a fala final, evidentemente que não vai dar para ir bater, escutar tudo, eu estou abrindo uma agenda. O Enzo já deve estar aí o pessoal lá, nós fizemos um formulário para que vai ficar disponível, nós vamos disponibilizar pelos e-mails da inscrição aqui, para que as pessoas incorporem contribuições, questões, para que os nossos convidados aqui, incorporem nas suas questões, nos seus documentos finais, nas suas relatorias. Então vai

ficar disponível, já está aqui o QR Code, mas vocês vão receber também nos e-mails o formulário. Então, mais uma fala de caminhamento, talvez, de proposições, não vai dar tempo para debater, evidentemente, discutir todos os pontos, mas todas as contribuições são questões, aí, a serem refletidas, incorporadas à medida do possível, solucionadas, se possível. Então, eu vou fazer a sugestão de seguir de lá para cá? Tá bom, Cláudia? Aí, pegando assim, a sequência...

**CLÁUDIA BRAGA**

Vou só fazer um comentário sobre esse último. Tem a ver com uma discussão geral, que é a medicalização da vida. Ela se dá na reprodução social, também numa reprodução de um modo de organizar um serviço e de trabalhar, né? Eu acho que essa discussão sobre uma ideia que a gente vê reproduzindo ambulatorização é superimportante central nesse debate. Não vai dar tempo da gente aprofundar. Eu recentemente escrevi um texto para o Outras Palavras, Outra Saúde, em que eu cito essa discussão, mas eu sempre gosto de lembrar que a Reforma Psiquiátrica fez uma escolha por não ter o ambulatório como um modelo da atenção. Isso foi uma escolha política da Reforma Psiquiátrica e tem razão para isso.

A gente rejeitou essa lógica porque esse modelo, que é um modelo ambulatorial, trabalha com essa ideia de seleção da demanda a partir do que o serviço ou o profissional entende como de sua competência. E aí ele fragmenta a necessidade real da pessoa, fragmenta a experiência, descontextualiza a relação dela com o corpo social e com o território. E o problema é, nesse modelo ambulatorial, as respostas são sempre parciais e constritas naquilo que eu posso oferecer a parte do que eu imagino que é minha competência e o que não é da minha competência eu caminho. Com isso, a gente não produz cuidado em saúde mental.

A gente faz o oposto que é da integralidade do cuidado, a gente faz o oposto do que é um cuidado de fato em saúde mental. Então, acho que isso é um risco super sério. De fato, assim, uma lógica ambulatorial introduzida em atenção psicossocial, que acho que precisa ficar dentro. Segundo comentário breve, só para a gente lembrar, a unidade

básica de saúde é ponto da RAPS. Então, também é nosso papel da reforma psiquiátrica poder olhar para a atenção primária em saúde, né? Eu prefiro a atenção básica, mas é essa outra discussão, enfim, não vou entrar agora nessa discussão. Mas olhar para a unidade básica de saúde com a estratégia de saúde da família, mas também olhar para a equipe multi, que também precisa questionar o que é equipe multi, o que era NASF, e o que isso mudou na lógica de cuidado em saúde mental. Uma discussão grande essa, ir para a estratégia de cuidado, enfim, nos consultórios na rua, e poder pensar como é que a gente fortalece, dentro de uma proposta de atenção psicossocial, a desmedicalização do cuidado, nesses lugares. Por que também é responsabilidade de nós? Isso é ponto da RAPS, é um componente da atenção básica, né?

E, por fim, para fechar na discussão dos projetos territoriais, eu sempre acho legal lembrar que é isso. A gente fala que a gente mapeia os recursos do território, mas isso o Rotelli que ensinou para a gente, os recursos do território mais importantes são sempre as pessoas. São as pessoas que criam conexões, são as pessoas que escutam outras pessoas, como alguém colocou como uma questão importante, são as pessoas que constroem juntas, um comum, não é? Para a gente poder estar atento a isso, assim, no fim das contas, descobre um território, até a gente olha para ele e fala assim, “nossa, não consigo identificar aqui muitos recursos”, não é? Mas gente sempre tem, não é? E como gente sempre tem, mas sempre dá para fazer, assim, alguma coisa, algo é possível de ser feito.

No mais, quero agradecer, parabenizar mais uma vez, o LAPS para essa iniciativa, que é uma continuidade, certamente, de uma agenda, já mais de dez anos que vocês constroem, mas muito importante porque coloca a centralidade aqui da desmedicalização da vida.

Obrigada.

**SILVIO YASUI**

Bom, queria primeiro duas coisas básicas, a primeira assim, novamente, eu fiz o relatório ontem a partir, principalmente do que estava escrito nos slides, eu não consegui pegar as proposições que foram faladas e não foram inscritas. Então, peço desculpas à Cecília e mais quem eventualmente tenha percebido algum tipo de omissão, me

comprometo a dar uma revisada nisso e fazer as inclusões. Fazer as inclusões e repasso para todo mundo também para fazer.

A segunda coisa é que eu queria fazer o reforço dessa ideia. Como eu disse, eu estou fazendo apoio a alguns supervisores clínicos institucionais, especialmente no Estado de São Paulo, E a percepção que a gente tem é que boa parte dos CAPS, pelo menos desse recorte que eu vejo, mas não apenas está São Paulo, mas, enfim, vou falar do que o mais tenho em contato, é de que boa parte deles funciona hoje como um ambulatório mal organizado. Então, essa perspectiva do processo de trabalho, de uma mudança radical do processo de trabalho, que é um pouco a inspiração do nascimento dos CAPS, que é um projeto coletivo, formado por um coletivo que produz um outro lugar, a partir de uma outra ética, etc., se perdeu e reproduzir a lógica do "ado, ado ado, cada um do seu quadrado", um pouco nessa lógica dos encaminhamentos, enfim, e aí na centralidade, principalmente da medicação.

Então, essa configuração do processo de trabalho tem como eixo exatamente aquilo que estamos discutindo hoje. Eu acho que isso é uma realidade perigosa que está acontecendo e que, novamente, eu fico na perspectiva da qualificação e de investimento em processos formativos para os trabalhadores da rede, como, por exemplo, nós na rede e tantos outros que a gente pode inventar a partir da educação permanente no trabalho. Porque também tem um aspecto que me preocupa bastante, e vou retomar essa ideia de um certo desencantamento das pessoas que transformam esse trabalho tão precioso, delicado e generoso em burocracia, em atos burocráticos. Então, as pessoas vão mais bater o ponto lá e fazer o que dá para fazer, e aí não tem implicação, não gera vínculo, enfim. Eu acho que tem muito a ver com isso que eu estava tentando sinalizar de um certo desencantamento. E aí, novamente, acho que tem uma grande tarefa, que é reencantar esse trabalho, que é reencantar cada CAPS, cada serviço, ele é um projeto comum, um projeto coletivo. Isso que dá a cara de cada serviço desse. Isso se conecta, principalmente, à questão da territorialização.

Um serviço, na periferia do Rio de Janeiro, é diferente de um serviço no sertão da Bahia. E, por acaso, é diferente de um serviço em Santa Maria, Rio Grande do Sul ou em Porto Alegre, enfim, esta perspectiva territorial é a marca estrutural daquilo que são as

ofertas que aquele serviço vai dar para as pessoas que estão à sua volta. Isso deve ser um projeto coletivo, um projeto das pessoas que ali trabalham em diálogo e em parceria com quem está no seu entorno.

Acho que a gente precisa resgatar para além das portarias, para além do que está prescrito na portaria 336, na portaria da RAPS, que esses serviços são invenção e que cada lugar, cada tempo ele terá um projeto coletivo. Acho que a gente tem que resgatar essa ideia de construir projetos coletivos, construir projetos comuns, construir projetos solidários.

A gente está precisando muito de voltar, talvez a falar um pouco disso. Uma certa ética da solidariedade, e tem muito a ver com como eu compartilho aquilo que é a minha tarefa, o meu ofício cotidiano. Isso é, fundamentalmente, um trabalho generoso e solidário, assim como o SUS, uma política pública generosa e solidária.

**PATRÍCIA DORNELES**

Bem, gente, vou responder um pouco a que a Ariadne... Ariadne, eu não acho que talvez isso seja suficiente, eu acho que isso é o que acontece agora, por exemplo. Eu acho que sim, a gente tem muitos pontos de cultura hoje, mas talvez se a gente tivesse mais pessoas no campo da saúde mental, a partir de coletivo, se tornado pontos de cultura, a gente tinha uma presença muito melhor no edital de saúde mental que foi feito por Sérgio Mambé, que não ia distribuir vagas do edital, prêmios do edital para as outras categorias. Entendeu? É disso que eu estou falando. A gente discutir a certificação dos pontos de cultura é um debate importante. Como é que todo mundo está se tornando ponto de cultura e por que está se tornando ponto de cultura? A gente discutir uma política de fomento de cotas para pontos de cultura ligados à saúde mental, também acho que é bacana. Agora, se a gente não pensa em se articular em relação a isso, também não dá para dizer que a gente quer uma política permanente de financiamento à cultura com um ministério que tem menor orçamento da Esplanada, entendeu? E que quando tem um corte de recursos, corta onde? E há uma tendência de se pensar que a política pública

cultural vai ser PNAB, porque a gente estruturou a partir do sistema PNAB. Então é por isso que a gente tem que pensar várias estratégias.

Eu também penso nas pessoas e nos grupos e nos artistas que querem ser emancipados do CAPS. Talvez eu não queira ser um bloco de carnaval do CAPS, ou talvez eu não queira mais ser o artista daquele serviço. Talvez eu quero conseguir um coletivo de artista, como outros artistas e estudantes, coletivos de grafiteiros que a gente tem, que eu já fiz parte.

Eu não preciso, eu posso ser, e eu posso ser agora a partir do coletivo, eu não preciso ter um CNPJ pra ser, entendeu? E a própria política de cultura não vai financiar a CNPJ institucional, entendeu?

Então, assim, como que a gente também tem feito um desdobramento nas políticas públicas culturais de fácil acesso, né? Implementação de inscrição a partir da oralidade, isso quem fez foi o Ministério da Cultura. hoje os outros ministérios que copiam e tal, em função do Mamberti Américo no Prêmio de Culturas Indígenas. Então, a própria questão do marco legal agora é a questão das prestações de conta. Então, existem outros caminhos.

A ideia do Pontão, como o colega falou, é exatamente isso. Ele não é para escutar. A minha proposta que eu estava falando com a Karina, que ela também parece que lembrou de sua ontem também aqui, é de reestruturar essa rede, quem somos, afinal. E como que a gente pode ajudar outros que têm interesse de ser, né? Para poder facilitar as próprias forças, é a própria política de fomento. O Ministério da Cultura hoje não vai criar uma política de fomento direto, permanente. Não tem fôlego para isso. Aí o pessoal da cultura da infância também vai pedir. Os mestres e mestras também vão pedir. Então, assim, a gente tem aí uma articulação mais importante, mas eu acho que a gente tem que se dar conta também que a gente tem uma falta de presença, tá aí, né? Três situações de saúde mental dentro de um documento de trinta propostas. Então, é disso que a gente tá falando. É porque eu vou nos lugares e as pessoas “não o Ministério da Cultura, mas o Ministério da Cultura”, mas que Ministério da Cultura a gente tá falando e que política pública de cultura a gente conhece e como a gente tá se inserindo, porque a gente tá se inserindo pelo Ministério da Saúde. Sim, tem que conversar com o Ministério da Saúde.

Mas a gente tem que ir para cima das políticas públicas, culturais e dizer, olha, a gente faz cultura. Então, é nessa perspectiva que eu acho que ainda é uma alternativa talvez não ideal, mas a que a gente tem concreto e real, porque a PNAB está aí. E a PNAB vai acolher as propostas individuais, mas também vai acolher os coletivos e os pontos de cultura de que podem ser hoje coletivos. Então acho que essa é uma estratégia.

**IRACEMA POLIDORO**

Bem, eu quero agradecer novamente ao Paulo, a Leandra e todos aqui da mesa. Fizemos uma tarde maravilhosa. E agradecer quem ficou aí na plenária até o fim, muito obrigada. Agora eu quero falar com a Ana Paula Guljor. Paula, os Conselhos, é o Conselho Digital de Saúde Municipal e Estadual. Agora, tinha que formar a Comissão Intersetorial de Saúde Mental para fortalecer a saúde mental dentro dos Conselhos. Isso é primordial, porque nós tínhamos, no passado, todos tínhamos. Hoje em dia, o Conselho Estadual não tem nem quase um ano que conseguiu formar. Por que infelizmente, quando se fala o usuário, o usuário do SUS, ele diz que todos somos usuários, eles penetram mais na Conferência de Saúde Mental do que o próprio usuário do sistema, entra como conselheiro e como delegado. Isso é uma coisa que a gente tem que ver. “Ah, não, mas eu sou usuário do Conselho de Saúde”, então, dessa conferência que nós tivemos aqui, você contava na ponta dos dedos quanto usuário de saúde mental estava presente. Era usuário do SUS, como eles falam.

Então, a gente tem que fortalecer esses conselhos. Eu não sei como é que a gente pode fazer.

Até aos conselhos distritais, que são sete conselhos distritais que nós temos. Começa da zona sul até Santa Cruz e falar com o presidente, vamos formar uma comissão intersetorial de saúde, aí sim, aí fortalece, porque é o que é o que faz, ele vai fazer a cabeça lá dos outros delegados para fortalecer a saúde mental e a gente levar tema para se discutir dentro do conselho. Todos os conselhos têm CAPS, todos eles, e todos os territórios aqui do Rio têm CAPS. Então, se não for assim, a gente não consegue, infelizmente, porque os próprios conselheiros derrubam a proposta da saúde mental.

Como eles são unidos, as associações de moradores e outras fortalecem, então, a gente nunca consegue. Então, é isso que eu trago, não sei se é proposta. Olha foi muito bom, maravilhoso, Paulo, Eduardo, Patrícia, obrigado aí a todos.

**EDUARDO MOURÃO VASCONCELOS**

Queria agradecer de novo o convite, reafirmar a importância dessa agenda na luta antimanicomial e eu aprendi muito também, hoje e ontem eu vou complementar as propostas de hoje de manhã e agora a tarde também no meu relatório. Queria dizer isso mesmo, durante um tempo a gente trabalhou muito interpelando a implicação de cada profissional com o serviço com a luta antimanicomial.

Hoje o Gabriel colocou claramente, olha, nós estamos em condições de trabalho muito precárias, muita rotatividade, etc., nós não vamos conseguir segurar a reforma psiquiátrica à unha. As condições de trabalho são condições estruturais, vai ter muito recuo, mas o que eu queria dizer é o seguinte, não sei se vocês perceberam, muitos dos trabalhos que foram apresentados aqui são trabalhos, projetos que começam pequenos, que crescem, se estabilizam, e muitos de vocês podem ter projetos inovadores, depois sistematizar, publicar, e depois nós vamos crescer a partir de uma outra conjuntura.

Reconhecer, nós estamos numa conjuntura difícil, mas isso que o Sílvio fala do reencantamento tem a ver com manter a militância mesmo que sejam com pequenos projetos micropolíticos. Porque eles são fundamentais para a gente depois ter o efeito demonstrativo para poder crescer e ampliá-los numa conjuntura um pouco mais favorável. E aí nós vamos manter a esperança, manter a militância e manter a nossa potência criativa. Muito obrigado por tudo e parabéns.

**PAULO AMARANTE**

Bem, gente, muito obrigado. Eu queria, assim, dizer mais uma vez, esse seminário a gente organizou no sufoco. Tivemos poucos dias para organizar, tivemos a possibilidade, sabíamos da importância dele ser organizado o tema de manter essa

discussão. Ele funciona um pouco também como prévia desse seminário que nós já colocamos aí, que vai ser em outubro, o décimo seminário sobre drogas, mas esse tinha uma função de construção de agenda, de começar a pensar, isso tudo que a gente falou, de voltar a pensar na militância, no ativismo, na participação social, de convocar os vários atores, as várias pessoas, os vários movimentos sociais, sujeitos coletivos, tudo isso, e aí tinha que ser antes do dia a 4 de julho, porque começa o Defesa Eleitoral.

Pensa o corre-corre que a gente fez e fizemos e conseguimos depois de amanhã. Então, eu acho assim, de mobilizar nesse período de mudança, de escolha nesse país que nós estamos optando por manter um Estado democrático de direito, a democracia, a participação social, os direitos humanos são fundamentais.

A gente vê muita gente participando, quero agradecer demais pela internet, estou aqui acompanhando, fica mobilizado, o pessoal escreve, mexe muito, mas não tem como todo mundo aqui está pensando muita coisa.

Eu queria dizer que esse livro aqui que a Cris deu, eu vou entender como uma doação para o LAPS, para o nosso coletivo, levar para lá, eu acho que é importantíssimo. Porque também temos essa iniciativa das publicações, quero fazer registro assim de quem é essa toda essa equipe que trabalhou um pouquinho, que ajudou, que está montando isso, acho que o mais do que é justo. O Alex Ramalho, Ana Carolina, Ana Paula, nossa diretora do LAPS e dá todo o apoio e toda a base aí, Andrea Vilena, Bruno, Caio Vieira, Camila Motta, Karina, Cláudia Guimarães, Daiane Batista, Edvaldo, Eliane Bardalvici, Enzo, outro Enzo, Fábio, Felipe Augusto Moraes, Elcio, Jéssica Marques, Joana Bonnett, Júlia Goulart, Laura Amieiro, Leandra Brasil, Letícia Garnica, Lidiane Alves de Oliveira, Lucas Gonçalves, Marcos Dias, que fez a logo, o desenho lindo aqui do Matheus Folly, Marquinho, Marcinha, Agatha, querida parceira aqui de muitos anos. Miguel, Patrícia Nassif, Pedro Martins, Paulo Sérgio, Rafael Coelho, Renata Colasso, Renatinho Auji, Reges, Rodrigo Cunha, Simone, Waneska Barros, eu mesmo. E quero acabar com a Virgínia, chamando a Virgínia e convidando a todo mundo para vir tirar uma foto coletiva aqui. Obrigada a todo mundo que ficou até agora aqui acompanhando.

Vamos fazer a foto de encerramento a todos os participantes. Vamos ficar aqui em cima, quem quiser subir também, para ficar aqui perto, fazer uma escala aqui.