

Nosso “futuro psiquiátrico” e a (bio)política da Saúde Mental: diálogos com Nikolas Rose (Parte 4)

Our psychiatric future and the (bio)politics of Mental Health: dialogues with Nikolas Rose (part 4)

Nuestro “futuro psiquiátrico” y la (bio)política de la Salud Mental: diálogos con Nikolas Rose (Parte 4)

Sérgio Resende Carvalho^(a)

<sergiorc@unicamp.br> 

Henrique Sater de Andrade^(b)

<hsatera@gmail.com> 

Luana Marçon^(c)

<18.luanamb@gmail.com> 

Fabrizio Donizete da Costa^(d)

<fabricio.costa@hc.fm.usp.br> 

continua pág. 13

^(a, b, c) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária Zeferino Vaz. Campinas, SP, Brasil. 13083-887.
^(d) Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias, Hospital de Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

continua pág. 13

Aqui apresentamos a última de uma série de quatro entrevistas com o sociólogo inglês Nikolas Rose. Exploramos aspectos centrais do trabalho recentemente publicado, intitulado “Nosso futuro psiquiátrico: políticas de políticas de saúde mental”, que tem como pano de fundo questões e problemas que consideramos absolutamente relevantes para enfrentar os complexos e difíceis desafios impostos à implementação do SUS e à reforma da Saúde Mental em nosso país. Nesta entrevista, procuramos discutir: a psiquiatria como uma (bio) política; as “epidemias” dos transtornos mentais; o papel e consequências da prática diagnóstica psiquiátrica na definição daquilo que se define como transtorno ou doença mental; o uso, e abuso, dos medicamentos no contemporâneo; fortalezas e as fragilidades das práticas discursivas da psiquiatria nos países “desenvolvidos”; limites e possibilidades da participação dos usuários na produção de discursos, políticas e práticas de cuidado na Saúde Mental.

Palavras-chave: Psiquiatria. Saúde Mental. Medicalização.



Apresentamos aqui a última de uma série de quatro entrevistas realizadas com o sociólogo inglês Nikolas Rose. Buscamos explorar aspectos centrais da obra recém-publicada, denominada “Nosso Futuro Psiquiátrico: as políticas da Saúde Mental”¹, tendo como pano de fundo questões e problemáticas que julgamos absolutamente relevantes para o enfrentamento dos complexos e difíceis desafios postos a implementação do SUS e à reforma da Saúde Mental no Brasil.

Neste trabalho, que dá sequência a um conjunto de outras reflexões publicadas na “Interfaces” que dialogam com a obra de Rose²⁻⁴, buscamos discutir com o autor reflexões, insights e problematizações em torno de questões como: a) a psiquiatria como uma (bio) política; b) as “epidemias” dos transtornos mentais; c) o papel e consequências da prática diagnóstica psiquiátrica na definição daquilo que se define como transtorno ou doença mental; d) o uso, e abuso, dos medicamentos no contemporâneo; e) fortalezas e as fragilidades das práticas discursivas da psiquiatria nos países “desenvolvidos”; f) limites e possibilidades da participação dos usuários na produção de discursos, políticas e práticas de cuidado na Saúde Mental.

1) Para começar esta entrevista, queremos perguntar-lhe o que o motivou a escrever sobre “nosso futuro psiquiátrico”? Como este livro é relacionado aos seus trabalhos anteriores e aos seus interesses de pesquisa atuais? Finalmente, qual foi seu público-alvo neste último livro?

Eu tenho trabalhado em alguns desses temas há muito tempo. Em 1986, eu editei um livro com Peter Miller chamado “O Poder da Psiquiatria”⁵. Desde então, tenho ensinado e trabalhado com pessoas engajadas como profissionais ou como usuários de serviços psiquiátricos. De fato, minha preocupação com a psiquiatria como prática remonta aos meus dias na universidade e ao meu envolvimento com a antipsiquiatria e com vários tipos de ofertas “alternativas” que estavam sendo desenvolvidas na Inglaterra naquela época. Este livro tem um alvo ligeiramente diferente e, portanto, uma forma diferente dos livros que publiquei recentemente. Ele pretende ser uma intervenção mais acessível e direta junto à prática psiquiátrica contemporânea. Eu tento analisar os vários elementos que antes havia explorado genealogicamente e relacioná-los diretamente com a prática psiquiátrica contemporânea. E propor alguns caminhos para ir adiante. Quando eu estava escrevendo o livro, fiquei impressionado com um artigo que li de Didier Fassin denominado “Another politics of life is possible”⁶. Suponho que o tema deste livro seria “Outra biopolítica da psiquiatria é possível” e seu objetivo seria o de delinear o que ela deveria se assemelhar. Eu fiquei satisfeito com o fato de que, desde que o livro foi publicado, ele tenha sido lido por psiquiatras em diversos países. Esses psiquiatras podem não concordar com ele, mas as perguntas que eu coloquei no livro são questões-chave para alguém pensar sobre que tipo de psiquiatria diferente poderia existir no futuro. Em particular, eu argumento que não devemos apenas ter como foco a necessidade de mais profissionais de saúde mental que vão tentar tratar pessoas diagnosticadas com transtornos mentais. Meu argumento é que precisamos nos envolver com os determinantes sociais e políticos dos transtornos mentais, as coisas que levam ao sofrimento mental em primeiro lugar. Ou seja, precisamos adotar uma abordagem da medicina social para a psiquiatria. Este é, naturalmente, o foco do meu departamento no King’s College – Global Health and Social Medicine.

É também a base de um novo grande centro de pesquisa que estabelecemos no King's College de Londres sobre Sociedade e Saúde Mental. Em certo sentido, este livro está se estabelecendo como um marcador de início do trabalho que se faz necessário para ir além de simplesmente apontar para "os determinantes sociais da saúde mental" e desenvolver uma nova biopolítica psiquiátrica.

2) No primeiro capítulo, você diz que a psiquiatria "é intensamente política" e que ela deve ser vista como "uma ciência política". Você pode discutir um pouco mais sobre os diferentes aspectos políticos da psiquiatria e seu impacto em nossa vida diária ou, como o título sugere, em "nosso futuro psiquiátrico"?

Há uma tendência a pensar na psiquiatria como sendo tanto hoje como historicamente uma prática que se preocupa com o diagnóstico e o tratamento de pessoas com transtornos mentais. É claro que é isso. Ela vem tentando fazer isso desde meados do século XIX, quando surgiu a psiquiatria moderna. Mas a psiquiatria sempre se envolveu de maneira mais geral em questões sociais e políticas. Podemos pegar alguns exemplos históricos disso. O mais conhecido é o papel da psiquiatria em argumentos sobre a degeneração e o surgimento da eugenia no final do século XIX e início do século XX, quando psiquiatras e argumentos psiquiátricos desempenharam um papel fundamental em muitos países onde práticas eugênicas de um tipo ou outro se tornaram central para a política. Ou se você pensar em um envolvimento mais progressista na primeira metade do século XX, pelo menos na Europa e na América do Norte, houve um grande e influente movimento pela Higiene Mental que dizia que precisávamos melhorar a higiene mental no lar, a higiene mental na fábrica, a higiene mental em nossas comunidades. Porque é só através da melhoria da higiene mental que vamos minimizar todas as formas de desajustes que custam tanto a nossa sociedade. Na sua função junto ao movimento de higiene mental, a psiquiatria não se limitou, novamente, à identificação e ao tratamento de pessoas com transtornos mentais. Ela se envolve plenamente nas questões biopolíticas de como se deve administrar a saúde mental ou minimizar os transtornos mentais ou outros tipos de danos.

Hoje, é claro, a psiquiatria, no sentido mais geral das disciplinas "psi", passaram a influenciar significativamente os modos com que as pessoas as pessoas compreendem a si mesmas, as suas tecnologias que lidam com o eu (self) e com as maneiras pelas quais as pessoas articulam e julgam seus estados mentais. E, certamente, sobre os modos pelos quais eles atuam sobre seu estado mental. Então um número significativo de crianças na escola está começando a aprender uma linguagem psiquiátrica para entender seus desconfortos, o que pode explicar as taxas crescentes de problemas de saúde mental diagnosticados em crianças em idade escolar, pelo menos no Reino Unido. Mas também, um número crescente de aplicativos móveis e sites da Internet onde as pessoas autodiagnosticam seus problemas psiquiátricos e são ensinadas a fazer uso de diferentes técnicas psiquiátricas, tais como vários tipos de terapia cognitivo- comportamental, ou versões de meditações "mindfulness" e assim por diante, tendo como intuito administrar sua angústia em suas vidas cotidianas. Estas são algumas das maneiras pelas quais a psiquiatria tem tido um impacto, desde o século XIX, que vai muito além do aparato da "Saúde Mental" estritamente definido.

A última parte da sua pergunta foi sobre "o nosso futuro psiquiátrico". Eu acho que a questão seja o quanto queremos que, à medida que se desenvolve o século XXI, que a expertise e a tecnologia psiquiátrica penetrem e se disseminem em nossas vidas cotidianas. Nós já sabemos que as drogas psiquiátricas desempenham um papel importante na vida de muitas pessoas. Nós já sabemos que há argumentos que preconizam a necessidade de ocorrer mais intervenções psiquiátricas em países de baixa e média renda onde ainda existem menos psiquiatras. Então, deveria "nosso futuro psiquiátrico" consistir em aumentar o número de especialistas que procuram usar seus conhecimentos para tratar pessoas que estão em sofrimento mental? Ou há outro modo de pensar uma outra biopolítica na qual a psiquiatria desempenhe seu papel? Isso tem a ver com mitigar e minimizar todas essas coisas em nosso ambiente social e todas aquelas formas de adversidade que levam as pessoas ao sofrimento mental. Esse é o desafio ou o dilema que estamos debatendo neste momento no Reino Unido.

3) No segundo capítulo, você descreve e reflete sobre o aumento das estimativas de transtornos mentais nos dias de hoje. Você argumenta que, para entender esse processo, talvez devêssemos fazer perguntas diferentes, que possam prestar atenção nas formas como diagnosticamos transtornos, as questões políticas e éticas da patologia mental como um fardo social e a compreensão de que os números são sempre políticos e eles se tornam indispensáveis ao governo. O que você acha da descrição de uma "epidemia" global de transtornos mentais?

Deixe-me começar falando sobre os números. Sabemos historicamente que os números desempenham um papel importante nos argumentos políticos e em relação à psiquiatria e à história da psiquiatria. Essa questão de calcular os números e, depois, os custos - ou o "fardo" - dos mentalmente transtornados desempenharam um papel importante nos debates e argumentos sobre a eugenia. Naturalmente, quando as pessoas usam o termo "fardo" hoje, elas o usam em um sentido diferente que foi desenvolvido desde que o Banco Mundial e a Organização Mundial de Saúde desenvolveram o indicador "anos de vida ajustado por incapacidade" [*DALY years*]. Eles usam isso para calcular o peso não de morrer com transtornos, mas de viver com eles. Então, o "fardo" ou a "sobrecarga" de antes e a de hoje são muito diferentes. Mas ambas implicam que as coisas que chamamos de "transtornos mentais" são eventos puramente negativos, aos quais infelizmente temos que lidar. Não gosto dessa ideia de fardo e do que isso implica, mas essa seria uma discussão mais longa.

De qualquer forma, é evidente que os números desempenham hoje um papel político muito importante. Por exemplo, é amplamente citado no Reino Unido de que uma em cada quatro pessoas em um ano pode ser diagnosticada com um transtorno mental do DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) e uma em cada duas pessoas durante sua vida inteira. Esses números tentam mostrar que a doença mental é algo que pode acontecer a todos. O objetivo seria o de reduzir o estigma, mostrando que a doença mental não é apenas algo que afeta algumas pessoas loucas. E que isso concerne a todos nós. Destina-se também a chamar a atenção dos políticos para a questão, para mostrar-lhes que há um grande problema que afeta milhões de pessoas e sobre o qual eles precisam

gastar recursos. Claramente, esses números são parte de uma importante estratégia política para trazer recursos para o campo da saúde mental: precisamos de mais psiquiatras, precisamos de melhores serviços de saúde mental, etc. É possível ver a mesma estratégia nos números que foram produzidos no Movimento para a Saúde Mental Global. Eles se basearam fortemente em nas estimativas do número de pessoas em diferentes países que são afetadas por transtornos mentais. Eles utilizam esses números para afirmar que ali havia um grande escândalo afetando as vidas de centenas de milhões de pessoas em todo o mundo que não estavam sendo atendidas. Então, é claro que os números desempenham um papel político importante. Talvez isso seja inescapável.

Mas se recuarmos e olharmos para os números e as formas em que esses números foram criados, não há dúvidas que todo tipo de crítica possa ser feito. Esse número "1 em 4" tem como sustentação diferentes tipos de estimativas que são questionáveis. Certamente números são poderosos retoricamente e eles são compilados com seus usos em mente. Todos os números são. Meu argumento aqui é que, antes de aceitá-los e reutilizá-los, devemos voltar um pouco e ver como eles foram colocados juntos.

Para mover rapidamente para a última parte de sua pergunta sobre uma epidemia global. Se você olhar para o Reino Unido, embora os dados não sejam muito bons, isso mostra que na verdade o número de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais tem permanecido notavelmente estáveis nos últimos vinte anos. Há apenas dois grupos de pessoas onde você vê um aumento significativo: jovens na escola e mulheres jovens que se auto agridem. Então, a ideia de que os números estão só subindo e isso tem a ver com a natureza patológica da nossa sociedade como um todo é enganosa. Então é preciso indagar por que os números estão aumentando para esses grupos específicos de pessoas. Quando esses números surgiram, a primeira resposta do nosso "establishment psiquiátrico" no Reino Unido foi dizer que precisamos de muito mais profissionais de saúde mental. Precisamos de mais psiquiatras nas escolas, acesso mais rápido aos serviços de saúde mental, professores treinados em atentos e conscientes sobre os problemas de saúde mental e assim por diante. Ninguém faz a segunda pergunta, que talvez devesse ser a primeira: por que tantas pessoas estão experimentando o que elas pensam ser um transtorno mental? Para mim, essa tem que ser a primeira pergunta. Se você olhar para esses números que são produzidos no movimento de Saúde Mental Global, você precisa se perguntar qual é a função política desses números quando a grande maioria das pessoas que compõem esses números não definem suas condições como transtornos mentais e não consideram que necessitam de tratamento feito por especialistas. Esses números crescentes são uma coisa boa ou ruim? Eles reivindicam a expansão radical da *expertise "psi"*, mas talvez esse seja o argumento errado a se fazer. Por isso, muitos afirmam que o que precisamos nessas sociedades na verdade é algo que seja diferente da importação dos conhecimentos psiquiátricos do Norte Global.

4) No capítulo “A Psicofarmacologia tem um futuro?”, você escreve que as drogas psiquiátricas “são prescritas pelos clínicos gerais para milhões de pessoas com problemas para administrar suas vidas cotidianas. Muitas as procuram, na esperança de que, pelo menos, as drogas lhes darão alívio e as ajudarão a lidar, e talvez até restaurar nestas pessoas o sentimento de normalidade, para permitir lhes que “sintam-se novamente como a si mesmas”. Você considera que essa disseminação de drogas psiquiátricas enquanto um fenômeno mundial faz referência mais a uma história de sucesso de crescente reconhecimento e do tratamento da doença mental ou a um problema em relação ao modo que abordamos a experiência da adversidade?

Se eu tivesse que fazer uma escolha entre os dois com uma arma na minha cabeça, eu diria o segundo (risos). Mas isso nos deixa com a questão de como nos aproximamos da experiência da adversidade, onde precisamos ser um pouco mais específicos. Podemos tomar a questão do Japão, por exemplo. Eu me refiro aqui ao ótimo trabalho de Junko Kitanaka em seu excelente livro sobre depressão no Japão⁷. Kitanaka mostra que até pouco tempo atrás no Japão, o estado que agora chamamos de depressão era entendido de uma maneira que abrangia tanto um desconforto corporal quanto mental. Quando as pessoas estavam deprimidas, elas estavam tanto física como mentalmente esgotadas, estavam fracas, angustiadas e sofrendo na mente e no corpo. Esta foi uma maneira de pensar bastante semelhante à “neurastenia” na Europa do século XIX. O tratamento era descansar, era ensinar formas melhores de administrar o estresse, de gerenciar equilíbrio na vida profissional, e assim por diante. Mas desde o início dos anos 1990, você vê uma dupla emergência. Por um lado, esse modo tradicional de pensar sobre o mal-estar do corpo e da alma é substituído pelo diagnóstico de depressão. Por outro, vemos a introdução do Prozac e medicamentos similares para o tratamento da depressão. O diagnóstico como utilizado pelos expertos, a linguagem usada pelos japoneses, e o uso das drogas, andaram de mãos dadas. No Japão, apesar disto, ocorre uma abordagem mais holística, reconhecendo que precisamos lidar com a situação social dos indivíduos e não apenas receitar-lhes medicamentos. Claro que é preciso ser mais específico sobre isso, mas o ponto importante é que pensar todas as condições que as pessoas experimentam a angústia mental como transtornos mentais comuns, que são tratáveis por drogas - ou mesmo pela TCC (Terapia Cognitivo- Comportamental) -, e pela psiquiatria, seja na África subsaariana, no Brasil ou no sudeste da Ásia, é algo muito problemático.

Isso liga-se à minha opinião de que a eficácia dessas drogas é muito exagerada. O tamanho do efeito para depressão leve a moderada da maioria dos fármacos SSRI [inibidores seletivos da recaptção da serotonina] é muito pequeno e geralmente não é maior que o placebo. Além disso, não está claro que os efeitos benéficos - estamos falando aqui sobre probabilidades em grandes populações, não sobre indivíduos - superam os problemas, especialmente os problemas que surgem do uso prolongado desses medicamentos. Quando as pessoas param de tomar seus SSRIs, elas experimentam muitos sintomas desagradáveis. Isto não é surpreendente porque esses medicamentos alteram o equilíbrio de neurotransmissores e receptores em todo o corpo - no intestino, no músculo, em todos os lugares. O problema é que esses sintomas ao interromper o tratamento medicamentoso são frequentemente considerados tanto pelo indivíduo

quanto por seu médico como uma recaída na depressão e, portanto, as drogas são reiniciadas. Ou uma versão diferente do medicamento é prescrita. E isso leva a uma situação em que as pessoas não estão apenas tomando essas drogas para alívio de curto prazo, elas são pensadas - e pensam a si mesmas - como moderadamente deprimidas e, portanto, elas se transformam em usuários de longo prazo das drogas. Meus amigos cínicos diriam: "Bem, isso é muito bom para a indústria farmacêutica. Você realmente quer que as pessoas usem as drogas o tempo todo e você vai ganhar dinheiro com isso."

Acho que as razões pelas quais as pessoas - médicos e seus pacientes - depositam tanta fé nas drogas, na verdade, são mais complicadas, como argumento no livro. No entanto, problemas semelhantes surgem no uso de drogas para tratar doenças mentais graves. O trabalho de meus colegas do Kings College, em particular, Sir Robin Murray e seu grupo tem demonstrado de modo muito convincente, que o uso a longo prazo de drogas antipsicóticas tem um efeito prejudicial sobre o cérebro. E, novamente, quando alguém sai dessas drogas e experimenta todos os tipos de sintomas, isso é frequentemente visto como uma recaída. Então, eles são colocados de volta nas drogas. De fato, os sintomas da descontinuação são apenas a consequência de seu sistema tentar reequilibrar seus neurotransmissores para lidar com a ausência dessas drogas.

Então, em suma, acho que as drogas que usamos atualmente na psiquiatria têm um papel limitado no tratamento de curto prazo para proporcionar alívio imediato às pessoas. Nós não sabemos como elas funcionam. Nós não sabemos como elas funcionam no cérebro aparte de alguns eventos moleculares muito próximos ao seu local de ação, muito próximos dos sítios receptores. Não temos ideia de como eles funcionam nos múltiplos circuitos cerebrais em interseção. E os efeitos são frequentemente exagerados.

Também vemos um fenômeno peculiar que você encontra em muitos medicamentos. Quando novos medicamentos são introduzidos pela primeira vez, eles parecem muito eficazes. Depois de terem sido usadas por um longo tempo, eles parecem muito menos efetivos. Por quê? Eu não sei. Talvez as pessoas depositem muita fé em novos medicamentos. Os médicos e os pacientes realmente, realmente desejam que o novo medicamento funcione. Quando um medicamento se torna antigo, eles realmente esperam e acreditam que o próximo medicamento, o novo medicamento funcionará. Eu não acho que é tudo o resultado da maneira como a indústria farmacêutica vende seus produtos. Eu acho que isso está ligado a crenças complexas que os indivíduos têm sobre o papel que a medicação pode desempenhar na manutenção ou recuperação de sua normalidade. Somos todos usuários de drogas. Todos nós vamos à farmácia e compramos aspirinas ou paracetamol. Muitas pessoas vão e compram a suas "vitaminas X", suas "vitaminas Y" ou suas "vitaminas Z". Somos todos devotos das pílulas, em pílulas que resolvem nossos males. Mas isso tem consequências na psiquiatria que podem ser particularmente ruins. As pessoas tomam muitas vitaminas e a maioria é um desperdício de dinheiro. Mas elas normalmente apenas excretam as que não precisava. Isso não é tão simples com as drogas psiquiátricas.

5) No Brasil, vivemos recentemente importantes retrocessos no campo da Saúde Mental que se sustentam, entre outros, pelas ações políticas realizadas por importantes setores do “establishment biomédico” que está presente na academia e nos serviços. Como resultado, o governo brasileiro publicou neste ano diretrizes que interrompem o processo de fechamento de leitos e asilos psiquiátricos, estimulam a internação involuntária de usuários de drogas com o objetivo de abstinência e desestimulam práticas assistenciais baseadas na “Redução de Danos”. Esses grupos políticos frequentemente defendem suas propostas referindo-se a proposições e práticas psiquiátricas dos países centrais. A partir deste pano de fundo, é possível refletir sobre o nosso contexto correlacionando-o com a sua afirmação de que “qualquer tentativa de abordar o sofrimento mental no ‘Sul Global’ precisa aprender com os fracassos da psiquiatria no Norte Global, mais do que com seus sucessos”?

Eu recentemente li uma afirmação em um artigo sobre a Saúde Mental Global que continha dois principais argumentos. O primeiro: já entendemos a natureza dos distúrbios mentais. O segundo: já temos meios eficazes de tratá-los e tais meios devem estar disponíveis a todas as pessoas do mundo. Acho que ambas as afirmações estão erradas. Nós não entendemos os transtornos mentais, nem temos meios eficazes de tratá-los. Nós não temos sido, também, muito bem-sucedidos na redução dos problemas na Saúde Mental.

Isso não significa que devamos voltar à hospitalização e a tratamentos involuntários. De modo nenhum. Recentemente tivemos uma revisão da Lei de Saúde Mental aqui no Reino Unido - a lei que contém as provisões para internação involuntária e tratamento involuntário em hospitais psiquiátricos. Essa revisão indicou que o que estamos vendo no Reino Unido é que temos mais e mais pessoas no hospital sob coerção, sob as disposições da Lei de Saúde Mental. Uma vez que é muito difícil para aqueles que estão experimentando um sofrimento mental grave para encontrar locais de refúgio ou locais de asilo dentro do sistema de saúde mental em uma perspectiva voluntária. E isso não é de forma alguma uma coisa boa. Eu realmente não sei por que alguém deveria acreditar que há boas lições a serem aprendidas do Norte Global na compreensão e tratamento do sofrimento mental. Há algumas tentativas que são boas, mas a maioria realmente fracassou. Eu considero bem-vindas, por exemplo, as tentativas de reduzir o estigma, para tornar mais possível as pessoas falarem sobre os seus distúrbios mentais, para tornar as famílias um pouco mais dispostas a compreender e expor sobre os distúrbios mentais de seus entes queridos. Mas essas tentativas - muitas vezes envolvendo celebridades “saindo” e falando de seus problemas de saúde mental - não mudaram realmente as visões altamente estigmatizantes de muitas comunidades em relação às pessoas que são subjetivamente diferentes. Eu não acho que nossas comunidades aqui no Reino Unido ou em toda a Europa estão particularmente aceitando aqueles que se comportam, pensam, valorizam, julgam, se vestem de maneira diversa. De fato, mais e mais pessoas no Norte Global estão tomando drogas psiquiátricas, mas - mesmo deixando de lado a questão de saber se elas funcionam - isso simplesmente sugere que não temos de lidar com as causas do sofrimento mental como temos, por exemplo, no caso do câncer de pulmão. Estamos tentando tratar a “doença”, mas não estamos fazendo muita coisa no sentido da prevenção - em descobrir o que, em nossas sociedades, leva muitos a ter

problemas mentais em primeiro lugar. Então, não tenho certeza de quais lições do Norte Global devem ser aprendidas no Sul Global. Eu acho que talvez haja algumas coisas que as pessoas no Norte Global podem aprender sobre a maneira como o sofrimento mental é tratado em alguns países do hemisfério sul por não profissionais, por outros membros da comunidade, por colegas e amigos e assim por diante. Não necessariamente levando a pessoa a um psiquiatra, e certamente não colocando a pessoa em um hospital psiquiátrico contra sua vontade, a menos que fosse uma instalação que oferecesse verdadeira proteção [para controle de crises].

Se você me pedisse para contar uma história de sucesso no Norte Global, eu provavelmente iria apontar-lhe Trieste. Como você sabe melhor do que eu, muitos desenvolvimentos nas políticas de saúde mental no Brasil foram baseados na experiência de Basaglia em Trieste. Mudar o sistema de saúde mental numa área com cerca de duzentos e cinquenta mil pessoas, foi uma obra de quarenta ou cinquenta anos, contra muita oposição da população local na área, e exigindo uma real vontade política para sustentar as mudanças. Mesmo assim, essas transformações têm algumas fragilidades - por exemplo, foram lideradas em grande parte por profissionais, não por usuários de serviços de saúde mental. Mas, de qualquer forma, o que estava envolvido foi uma luta política muito grande, assim como uma mudança fundamental no estilo de pensamento da psiquiatria. Eu gostaria de poder indicar outro bom exemplo de sucesso no Norte Global. Eu não conheço muitos grandes sucessos no Norte Global. Estamos tomando muitos comprimidos. As pessoas estão fazendo muita Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e todo mundo tem aplicativos de *mindfulness* em seus *smartphones*. Mas eu não chamo isso de modelo de "sucesso" para ser exportado pelo mundo.

6) Em uma das partes centrais de seu livro lê-se: “a psiquiatria e as demais profissões psi reivindicam certa legitimidade, pelo compromisso em ajudar, ou mesmo, não prejudicar aqueles que analisam, diagnosticam e tratam” (Rose, p. 151, 2018). Ademais, você afirma inclusive que nem sempre as estratégias de engajamento dos usuários nos serviços de saúde mental avançaram na luta contra o poder psiquiátrico. Muito pelo contrário, elas mantêm o poder médico intacto e podem fazer parte das racionalidades e tecnologias neoliberais. Considerando tais estratégias, você poderia refletir sobre essas afirmações?

Responderei essa questão em duas partes. Na primeira parte, quero salientar que quase todos os psiquiatras e profissionais psi que eu conheci ao longo do último meio século têm um desejo genuíno em ajudar as pessoas com quem lidam cotidianamente. No meu país e talvez no seu, a psiquiatria e a saúde mental como profissão não são muito respeitadas. Nem mesmo bem pagas. Você ganharia muito mais dinheiro se estivesse trabalhando em outro lugar. Então, nós temos muitas pessoas dedicadas trabalhando nessa área. Eu não sou crítico à dedicação dessas pessoas. Estava recentemente em um evento com clínicos e estudantes de saúde mental global e fiz comentários semelhantes aos que faço em meu livro. Muitos parecem pensar que eu fazia uma crítica pessoal a eles. Muito pelo contrário. Acho que eles estão trabalhando em circunstâncias muito limitadas, em que eles têm muito poucas opções disponíveis para o manejo, os quais não são ensinados de uma maneira que lhes permita pensar de diferente. Muito menos para acreditarem que podem começar a agir de forma diferente. Ouvi respostas frequentes, tais como: “Bem, você pode estar certo. Tudo pode

estar na adversidade, mas não podemos fazer nada sobre isso. Nós somos apenas psiquiatras. O que poderíamos fazer? Temos que esperar até que a sociedade mude. Essa desigualdade e adversidade fazem parte do sistema capitalista de mercado e não há nada que possamos fazer para mudar isso; nós apenas temos que lidar com as consequências". E a minha resposta foi: "Não, há muitas coisas que você pode fazer mesmo que sejam em pequena escala. E você também pode tomar uma posição pública e argumentar com veemência que certas políticas desenvolvidas em nossa forma atual de capitalismo de mercado são altamente prejudiciais à saúde mental". Por exemplo, as condições da política do bem-estar social - as quais tentam levar as pessoas para o trabalho a todo custo, não importa o quanto são prejudiciais seus efeitos sobre as pessoas com problemas de saúde mental. Essas políticas fazem com que o acesso aos benefícios do Seguro Social dependa da constante tentativa de ingressar no trabalho e, em alguns casos, levam pessoas com problemas de saúde mental ao suicídio. Não acho que o argumento avança muito quando se reduz apenas a crítica dos motivos dos psiquiatras. Claro, existem psiquiatras ruins, bem como existem políticos ruins, e sem dúvida existem professores universitários ruins. Mas essa não é a questão principal. Ela é instar os psiquiatras e outros profissionais psi a se posicionarem mais sobre as condições que levam as pessoas a uma saúde mental precária e a usar seu poder e experiência profissional para defender a prevenção nessa área, como em outras áreas da medicina.

Seguindo para segunda parte de sua questão, referente ao envolvimento dos usuários. Acho que, gradualmente, por volta dos últimos vinte anos, órgãos profissionais da psiquiatria e gestores de políticas psiquiátricas passaram a acreditar que a legitimidade da sua posição depende de sua abordagem serem legitimadas pelas pessoas que eles tratam. Ou seja, há um movimento gradual para envolver os usuários de serviços de saúde mental nos debates sobre políticas e práticas psiquiátricas. Mas muitas vezes aqueles que criticam radicalmente às práticas atuais da psiquiatria não são bem-vindos à mesa. Pelo contrário, eles a acham muito problemática e querem sair. Em parte, isso ocorre porque existem enormes disparidades de autoridade entre os usuários e especialistas. Além disso, os especialistas estão sendo pagos mesmo quando estão sentados em uma reunião com os usuários do serviço psiquiátrico. Mas os usuários do serviço, se tiverem sorte, recebem a passagem do ônibus, um sanduíche e uma xícara de café. Eles não estão sendo pagos. Portanto, existem diferenças materiais e simbólicas. E, muitas vezes, os usuários se vêem como parte de um processo de legitimação - isto é, o envolvimento dos usuários de saúde mental no processo é usado para legitimar qualquer política já decidida. Os formuladores de políticas afirmam que elas foram desenvolvidas com o envolvimento dos usuários, ao passo que, na verdade, tiveram uma reunião em que dois usuários de serviços de saúde mental estão presentes entre 25 profissionais de saúde mental. E os usuários dos serviços de saúde mental não saíram da sala.

Em segundo lugar, acho que algumas das estratégias mais radicais defendidas pelos usuários dos serviços de saúde mental são rapidamente removidas de suas mãos e transformadas em ferramentas profissionais. Você pode pensar em "empoderamento", que começou como uma demanda radical para superar desníveis de poder entre usuários e profissionais do serviço. Agora todo profissional quer "empoderar" seus clientes, o que significa reduzir sua dependência. O que muitas vezes significa dizer: "Oh! Não nos peça ajuda. Você sabe que precisa aprender a se ajudar". Ou você pode pensar no "Recovery", que também começou como um movimento radical. Se você ler as autobiografias apaixonadas daqueles que inicialmente desenvolveram o *ethos* do Recovery: "Nós não

necessariamente queremos viver o que vocês chamam de vida normal. Queremos o direito de definir para nós mesmos o que seria conduzir uma vida boa". Agora, nós temos estas casas de Recovery que são altamente normativas, que têm uma visão muito específica do que Recovery deve parecer. E que são em grande parte formados por profissionais de saúde mental, ou por ex-usuários que se tornam profissionais de Recovery. Eles se tornam para-profissionais, pior pagos, com menos autoridade, mas ainda profissionais. Esta tendência dos usuários do serviço se cooptarem para o sistema de saúde mental é o dilema que eu estava tentando indicar nesta parte do livro.

7) Depois de criticar o empreendimento atual da psiquiatria, você afirma que ele precisa “abraçar o pluralismo, e centralmente, incluir entre as múltiplas perspectivas dos usuários do serviço e sua ‘experiência vivida’”. Essa afirmação parece sugerir a coerência de um caminho multidisciplinar que valorize diferentes saberes e núcleos profissionais. Mas no Capítulo 9 essa impressão é mitigada quando lemos afirmações como “um novo tipo de psiquiatria” poderia “liderar uma agenda para a saúde mental e destacar o impacto das desigualdades sociais e outros fatores na saúde mental”. É o caso de a psiquiatria assumir a liderança ou, de se colocar lateralmente, não necessariamente em uma posição de hierarquia entre diferentes saberes e práticas que operam no complexo campo da atenção em saúde mental?

Sim, a psiquiatria deveria se posicionar ao lado dos usuários dos serviços de saúde mental.

Não assumo a visão apresentada no livro renomado de Judy Chamberlin há muitos anos chamado “*On Our Own*”⁸, que argumentou que a única maneira que os usuários de serviços psiquiátricos - ela os nomeava como pacientes mentais, porque a autora escrevia no momento do “desinstitucionalização” - poderiam superar a hierarquia da autoridade e afastarem-se completamente dos psiquiatras e demais médicos passando a um certo modelo de auto-gestão.

Não assumo esta posição por dois motivos: a primeira razão é que vivemos no mundo real. E no mundo real, embora os psiquiatras não estejam entre os médicos mais poderosos, eles fazem parte de uma profissão poderosa. O *Royal College* que temos aqui no Reino Unido e em órgãos semelhantes em muitas outras partes do Norte Global, são instituições que têm poder, cuja influência é capaz de afetar diretamente políticas governamentais. Se essas pessoas começarem a preconizar um outro tipo de psiquiatria e usarem seu poder e seus conhecimentos para sugerirem algo diferente, seria importante. E muitos deles iriam gostar desse diálogo, gostariam, inclusive, de saber como poderiam fazer uma psiquiatria melhor.

Deixe-me dar outro exemplo muito curto. Dois dias atrás, eu estava conversando com uma sala de cento e cinquenta jovens psiquiatras em início de carreira, trabalhando principalmente na área de saúde mental global. E eles me disseram: “Bem, por que nós nunca ouvimos esses comentários em nossa formação? Por que não somos formados nesse tipo de coisa?” “Sim, todos nós sabemos sobre os determinantes sociais. Mas lidar com eles não é da nossa alçada”. Mas acho que você pode fazer disso o assunto da psiquiatria, e esperar que alguns psiquiatras utilizem tais posicionamentos.

Mas se o fizerem, os psiquiatras precisam reconhecer que produzem uma forma de conhecimento dentre outros. Eles também precisam reconhecer que as maneiras formais e oficiais de conhecimento que estão aprendendo em seus manuais vêm de um ponto de vista particular. Agora é corrente ouvir falar sobre “*standpoint epistemologies*”, que preconizam que a produção de conhecimentos depende da posição da qual você está⁹. Isso pode ser usado para dizer: “ok, os conhecimentos e reivindicações de grupos marginais vêm apenas de seu próprio ponto de vista”.

Mas precisamos reconhecer que o conhecimento de grupos com muito poder também vem do ponto de seus pontos de vista, da maneira como são treinados, como avaliam as evidências e como as validam. Seu grande compromisso com o ensaio clínico controlado randomizado como padrão-ouro... Isso também é *uma standpoint epistemology*. E há muitas críticas, mesmo dentro dos defensores de ensaios clínicos randomizados (risos).

Então, psiquiatras e outros profissionais de saúde mental têm que reconhecer que esta é uma forma de conhecimento, com um tipo de epistemologia, um estilo de pensamento que tem suas próprias raízes na história e tem suas próprias efeitos de poder. Devem reconhecer ainda que existem outras epistemologias que saem de uma posição diferente em relação à saúde mental. Que talvez usem diferentes formas de evidência. Mas que isso não implica necessariamente um status epistemológico inferior.

Também não é só porque um usuário de serviço de saúde mental diz alguma coisa que acredita que isto se torna algo verdadeiro. Esta reivindicação dos conhecimentos “marginalizados” deve ser avaliada tanto quanto as outras. Epistemólogos e filósofos, de Bachelard a Popper, mostraram que as formas de conhecimento são comunais. Sua validação depende de sua aceitação dentro de uma comunidade de conhecimento. Eles, portanto, são reformulados por uma comunidade que compartilha um modo particular de desenvolver e avaliar o conhecimento. Assim, o conhecimento de um grupo marginalizado resulta daquela comunidade e das evidências e das experiências de membros dessa comunidade, e finalmente, da análise dessa evidência dentro da comunidade.

Então, em resposta a sua questão. Acredito que os psiquiatras não devam tomar “a” liderança, mas acho que (as) os psiquiatras podem assumir “uma” liderança em certas partes do mundo em que vivemos para defender uma outra psiquiatria. E, ao defender uma outra psiquiatria, eles precisam também usar seu poder para ajudar a abrir as portas para o conhecimento dos usuários dos serviços psiquiátricos. Essas portas estão se abrindo. Se você ler a recente Comissão do Lancet sobre Saúde Mental Global e os “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável”¹⁰, poderá ver como as portas para usuários de serviços de saúde mental estão apenas começando a se abrir. De fato, reconhecer o seu conhecimento em pé de igualdade com o conhecimento de outros especialistas é tanto evidenciado como negligenciado no corpo do relatório. Acredito que algo está acontecendo, embora haja controvérsias. Acho que se você, por exemplo, apenas ler as três comissões da Lancet que foram publicadas nos últimos 15 ou vinte anos sobre Saúde Mental Global, vê-se como mudaram de posição. Em vinte e poucos anos, essas comissões coincidem com o tom dos argumentos defendidos por mim, em meu último capítulo do livro. As coisas se movem, mas não totalmente para um caminho ruim.

Autores (continuação)

Silvio Yasui^(e)

<silvioyasui@gmail.com>

Filiação (continuação)

^(e) Departamento de Psicologia Evolutiva Social e Escolar, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Assis, SP, Brasil.

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Rose NS. Our psychiatric future: the politics of mental health. Cambridge: Polity; 2019.
2. Carvalho SR. Governamentalidade, 'Sociedade Liberal Avançada' e Saúde: diálogos com Nikolas Rose (Parte 1). *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):647-58.
3. Carvalho SR, Lima EMFA. Poderes da liberdade, governamentalidade e saberes psi: diálogos com Nikolas Rose (Parte 2). *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(58):797-808.
4. Carvalho SR, Teixeira RR. Políticas da própria vida e o futuro das práticas médicas: diálogos com Nikolas Rose (Parte 3). *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(60):221-30.
5. Rose N, Miller P. The power of psychiatry. Cambridge, New York: Polity Press; 1986.
6. Fassin D. Another politics of life is possible. *Theory Cult Soc*. 2009; 26(5):44-60.
7. Kitanaka J. Depression in Japan: psychiatric cures for a society in distress. Princeton: Princeton University Press; 2011.
8. Chamberlin J. On our own. London: Mind Publications; 1988.
9. Harding SG. The feminist standpoint theory reader: intellectual and political controversies. Hove: Psychology Press; 2004.
10. Patel VS, Saxena C, Lund G, Thornicroft F, Baingana P, Bolton D, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*. 2018; 392(10157):1553-98.



Tradutores: Daniela Ravelli Cabrini, Henrique Sater de Andrade e Fabrício Donizete da Costa.

Submetido em 15/10/19.
Aprovado em 05/11/19.