



# Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das  
Organizações

Linha de Pesquisa: Comportamento, Trabalho e Organizações

**NEWTON DUARTE MOLON**

**Psilocibina como alternativa não farmaceticalizada contra a Depressão: uma  
análise da produção científica, do fenômeno da farmaceticalização e de  
implicações contemporâneas**

Brasília  
2025



# Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações

Linha de Pesquisa: Comportamento, Trabalho e Organizações

**NEWTON DUARTE MOLON**

**Psilocibina como alternativa não farmacologicalizada contra a Depressão: uma análise da produção científica, do fenômeno da farmacologicalização e de implicações contemporâneas**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações da Universidade de Brasília como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutor em Psicologia Social do Trabalho e das Organizações.

Orientadora: Prof. Dra. Ana Magnólia Mendes

Brasília, DF  
2025

**Ficha catalográfica elaborada automaticamente,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

MM728pp

Molon, Newton

Psilocibina como alternativa não farmacologicalizada contra a Depressão: uma análise da produção científica, do fenômeno da farmacologicalização e de implicações contemporâneas / Newton Molon; orientador Ana Magnólia. Brasília, 2025. 182 p.

Tese (Doutorado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) Universidade de Brasília, 2025.

1. Psilocibina. 2. Farmacologicalização. 3. Depressão. 4. Terapia Assistida. 5. Psicodélicos. I. Magnólia, Ana, orient. II. Título.





**PSTO**

Programa de Pós-Graduação  
em Psicologia Social, do Trabalho  
e das Organizações

**NEWTON DUARTE MOLON**

**Psilocibina como alternativa não farmacologicalizada contra a Depressão: uma análise da produção científica, do fenômeno da farmacologicalização e de implicações contemporâneas**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações da Universidade de Brasília como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutor em Psicologia Social do Trabalho e das Organizações.

**Banca Examinadora**

---

Profa. Dra. Ana Magnólia Mendes - Universidade de Brasília – UnB

---

Profa. Dra. Soraya Rodrigues Martins - Universidade Federal Fluminense – UFF

---

Prof. Dr. Johnny Javier Orejuela Gómez- Universidad de Salamanca

---

Profa. Dra. Soraya Fleischer- Universidade de Brasília – UnB

---

Prof. Dr. Renato Antunes dos Santos - McGill University

Brasília, 25 de abril de 2025

Dedico essa tese ao Sr. Antonio, meu pai, à  
Dona Vera, minha mãe e à Leila Achcar Frigo  
Molon, minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Começo agradecendo à equipe de técnicos e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Trabalho e das Organizações – PSTO.

Agradeço aos excelentes professores que tive e aos colegas que me acompanharam ao longo do curso.

Agradeço também a minha orientadora Dra. Ana Magnolia Mendes, ao meu amigo Reinaldo Aversa Barsuglia Jr. e à Daniela Mancinelli.

“É fazendo que se aprende a  
fazer aquilo que se deve aprender  
a fazer”

Aristóteles em *Ética a Nicômaco*



Newton Duarte Molon – Psilocibina como alternativa não farmacêutica contra a Depressão: uma análise da produção científica, do fenômeno da farmacêutização e de implicações contemporâneas. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Distrito Federal.

## **RESUMO**

A depressão é um dos maiores desafios contemporâneos, afetando milhões de pessoas em todo o mundo e gerando impactos significativos em diversas esferas da vida. Apesar das opções farmacológicas disponíveis, a falta de inovação terapêutica e o fenômeno da farmacêutização têm limitado o enfrentamento eficaz desta condição. Esta tese de doutorado explora as possibilidades da psilocibina como alternativa não farmacêutica para o tratamento da depressão. Utilizando métodos variados, como revisões de literatura, entrevistas em profundidade e estudos de caso, o estudo analisa tanto os aspectos históricos e sociológicos da farmacêutização, como as evidências ancestrais, científicas e terapêuticas com respeito à substância. A investigação destaca aspectos éticos da possível alternativa, ressaltando seu potencial para corroborar abordagens mais integrativas de enfrentamento ao sofrimento psíquico. A tese propõe e problematiza também os riscos do “Efeito Thimoty Leary” na comunicação científica sobre substâncias psicodélicas.

**Palavras chaves:** Psilocibina; Depressão; Terapia assistida com psicodélicos; Metodologia de pesquisa com psilocibina; Farmacêutização, Capitalismo e sofrimento mental

Newton Duarte Molon – Psilocibina como alternativa não farmacologicalizada contra a Depressão: uma análise da produção científica, do fenômeno da farmacologicalização e de implicações contemporâneas. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Distrito Federal.

## ABSTRACT

Depression is one of the biggest contemporary challenges, affecting millions of people around the world and generating significant impacts in different areas of life. Despite the pharmacological options available, the lack of therapeutic innovation and the phenomenon of pharmaceuticalization have limited the effective treatment of this pathology. This doctoral thesis explores the possibilities of psilocybin as a non-pharmaceutical alternative for the treatment of depression. Using varied methods, such as literature reviews, in-depth interviews and case studies, the study analyzes both the historical and sociological aspects of pharmaceuticalization, as well as the ancestral, scientific and therapeutic evidence related to the substance. The research highlights ethical aspects of the possible alternative, highlighting its potential to corroborate more integrative approaches to confront psychological suffering. The thesis also proposes and problematizes the risks of the “Thimoty Leary Effect” in scientific communication about psychedelic substances.

**Keywords:** Psilocybin; Depression; Psychedelic-assisted therapy; Research methodology with psilocybin; Pharmaceuticalization, Capitalism and mental suffering

## RESUMEN

La depresión es uno de los mayores desafíos contemporáneos, afecta a millones de personas en todo el mundo y genera impactos significativos en diferentes áreas de la vida. A pesar de las opciones farmacológicas disponibles, la falta de innovación terapéutica y el fenómeno de la pharmaceuticalización han limitado el afrontamiento eficaz de esta patología. Esta tesis doctoral explora las posibilidades de la psilocibina como alternativa no pharmaceuticalización para el tratamiento de la depresión. Utilizando métodos variados, como revisiones de literatura, entrevistas en profundidad y estudios de casos, el estudio analiza tanto los aspectos históricos y sociológicos de la pharmaceuticalización, como las evidencias ancestrales, científicas y terapéuticas relativos a la sustancia. La investigación destaca aspectos éticos de la posible alternativa, destacando su potencial para corroborar enfoques más integradores para afrontar el sufrimiento psíquico. La tesis también propone y problematiza los riesgos del “Efecto Thimoty Leary” en la comunicación científica sobre sustancias psicodélicas.

**Palabras clave:** Psilocibina; Depresión; Terapia asistida por psicodélicos; Metodología de investigación con psilocibina; Pharmaceuticalización, capitalismo y sufrimiento mental.

## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Figura 1 – Análise Lexicométrica.....	41
Figura 2 – Nuvem de palavras.....	42
Figura 3 – Análise Lexicométrica.....	49
Figura 4 – Análise Fatorial Lexicográfica.....	50
Figura 5 – Análise de Similitude .....	50
Figura 6 – Nuvem de palavras.....	51
Quadro 1 – Distribuição dos artigos mediante aspectos metodológicos .....	99
Quadro 2 – Número de participantes, duração, objetivos e conclusões .....	103
Quadro 3 – Escalas e assistência terapêutica na pesquisa com psilocibina e depressão ..	105

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA	<i>American Psychiatric Association</i>
5D-ASC	Escala de Cinco Dimensões de Estados Alterados de Consciência
BFI	Big Five Inventory
CAEP	Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos
CBF	fluxo sanguíneo cerebral
CIA	<i>Central Intelligence Agency</i>
CMI	Complexo Médico Industrial
CMIS	Complexo Médico Industrial da Saúde
C-SSRS	<i>Columbia-Suicide Severity Rating Scale</i>
DASS	Depressão, Ansiedade e Stress
DASS-21	Depressão, Ansiedade e Estresse-21
DEER-T	Teste de expressões faciais dinâmicas
DMN	<i>Default Mode Network</i> (Rede Neural de Modo Padrão)
DPES	Escala de Emoção Positiva Disposicional
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
fMRI	Ressonância magnética funcional
HADS	Ansiedade e Depressão Hospitalar
HAM-D	Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton
HRS	Escala de Avaliação de Alucinógenos
iIPC bilaterais	Córtex Pré-Frontal Límbico
LSD	dietilamida do ácido lisérgico
MDMA	3,4-metilenodioximetanfetamina
MK-Ultra	<i>mind control ultra</i> ( )
MTL	Lobos Temporais Mediais
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PANAS	Escala de Afetos Positivos e Negativos
PANAS-X	Esquema de Afeto Positivo e Negativo – Formulário X
PASAT	<i>Paced Auditory Serial Addition Test</i>
POMS	Perfil de Estados de Humor
PSI	Preparação (P), Suporte agudo e periagudo (S), integração (I) ( )
PSS	Estresse Percebido
QIDS	Inventário Rápido de Sintomas Depressivos

QIDS-SR16	Inventário Rápido de Sintomas Depressivos de 16 itens
RSFC	Conectividade Funcional em Estado de Repouso
SOCQ	Questionário de Estados de Consciência
STAI	Inventário de Estado e Traço de Ansiedade
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TAS	<i>Tellegen Absorption Scale</i>
TB	Transtorno bipolar
TDHA	Déficit de Atenção com Hiperatividade
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TEPT	Transtorno de estresse pós-traumático
TGA	<i>Therapeutic Goods Administration</i>
UnB	Universidade de Brasília
USFDA	<i>Food and Drug Administration</i> ()
vmPFC	Córtex Pré-Frontal Ventromedial
Y-BOCS	Obsessão-Compulsão de Yale-Brown

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO 1	
PSILOCIBINA: BREVÍSSIMA HISTÓRIA, CARACTERÍSTICAS E PROPRIEDADES.....	19
CAPÍTULO 2	
FARMACEUTICALIZAÇÃO: A EXPANSÃO DO USO DE MEDICAMENTOS NA VIDA COTIDIANA E SUAS IMPLICAÇÕES SOCIOCULTURAIS.....	34
CAPÍTULO 3	
ACUMULAÇÃO DE CAPITAL E FARMACEUTICALIZAÇÃO: A DINÂMICA ECONÔMICA DO SETOR FARMACÊUTICO NO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO .....	53
CAPÍTULO 4	
FARMACEUTICALIZAÇÃO CAPITALISMO E BIOPOLÍTICA .....	64
CAPÍTULO 5	
ESTADO DA ARTE SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA DA CORRELAÇÃO PSILOCIBINA E DEPRESSÃO .....	74
ESTUDOS EMPÍRICOS .....	76
Ensaios Clínicos Randomizados duplo cego e controlados por placebo.....	76
Desenho Experimental aberto não controlado por placebo .....	80
Suporte psicológico .....	86
Estudos piloto/viabilidade.....	88
Surveys .....	92
FMRI - RSFC.....	96
Estudo Observacional Naturalístico com grupo de controle .....	98
CAPÍTULO 6	
PSICANÁLISE E PSILOCIBINA: ALTERNATIVA NÃO FARMACEUTICALIZADA CONTRA A DEPRESSÃO – RELATO CLÍNICO.....	113
Depressão: paradigma freudiano .....	115
Rede Neural de Modo Padrão - DMN .....	118
Relato do Caso MW - Terapia assistida Psicanálise e Psilocibina .....	123
CONCLUSÕES E OS RISCOS DO “EFEITO TIMOTHY LEARY” .....	138
REFERÊNCIAS .....	144
ANEXO I	
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	148
ANEXO II	
ENTREVISTAS.....	150

## **Sobre o Autor**

Acredito que a leitura desta tese, que atravessa áreas distintas de conhecimento, será facilitada tendo o leitor uma ideia breve do percurso intelectual e biográfico do autor. Sou psicanalista e exerço a clínica há mais de 20 anos. Mas levou um certo tempo até o início desse trajeto.

Nascido em uma família branca de classe média, da zona sul da cidade de São Paulo, optei por uma formação secundária de nível técnico, estudando Química Industrial na Escola Técnica Oswaldo Cruz. Ao final da escola secundária, me aventurei em uma tentativa de estudar Engenharia Química na Universidade de Bologna. A experiência frustrada em um aspecto resultou definitiva para o sucesso em outro. Ao regressar decidi prestar vestibular para História e também para Engenharia.

Após um ano cursando História, na Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas da USP e Engenharia na Escola de Engenharia Mauá, acabei me definindo pela História.

Concluí o curso e logo ingressei no Mestrado em História Econômica.

Minha atividade como professor e as exigências da vida adulta me impediram de concluir o primeiro mestrado, então iniciei e finalizei outro, anos depois: Mestrado em Comunicação na Contemporaneidade pela Faculdade de Comunicação Social Cásper Líbero.

Após alguns anos lecionando no ensino superior em cursos de Comunicação, iniciei minha formação em Psicanálise e, com isso, a transição da sala de aula para o consultório, onde me encontro hoje em dia.

Esta tese de Doutorado em Psicologia Social no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília representa, portanto, dentre outras coisas, um difícil exercício interdisciplinar, na tentativa de esclarecer as possibilidades da Psilocibina como alternativa não farmacêuticalizada contra a depressão.

## INTRODUÇÃO

Estudos acadêmicos pelo mundo todo falam dos flagelos que os transtornos depressivos representam à infância, aos idosos, ao trabalhador, à economia, à educação, à vida afetiva, ao exercício da cidadania e à construção de futuros. De acordo com o Relatório de Saúde Mental de 2022, publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), 970 milhões de pessoas apresentam sofrimento relativo à saúde mental, dos quais 59,9% sofrem de Ansiedade (31%) e Depressão (28,9%). O percentual de mulheres é maior que o de homens: 52,4% e 47,6%, respectivamente (*World Mental Health*, 2022).

No Brasil, segundo a Pesquisa Vigitel de 2021, 11,3% da população declararam ter recebido um diagnóstico de depressão (MS, 2021). Dessa forma, hoje vivemos com a depressão o equivalente àquilo que, em tempos mais remotos, já foi chamado de peste e, em tempos mais recentes, de epidemia.

Contudo, ainda não sabemos o que é exatamente a depressão, onde ela se instala, o que acontece no nosso corpo, como chega, ou como sai. De acordo com a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), da *American Psychiatric Association* (APA) (APA, 2014), um transtorno depressivo é diagnosticável quando, pelo menos, cinco de nove sintomas listados aparecem conjuntamente, sendo necessário que, ao menos, o humor deprimido e a perda de interesse ou de prazer estejam presentes. Também se faz necessário que os sintomas estejam ocorrendo por, no mínimo, duas semanas e que esse estado represente uma alteração orgânica em relação ao funcionamento anterior. Isso é o mais próximo que temos de definição da depressão.



Para a psiquiatria e a farmacologia de mercado vigora a tese geral, repleta ainda de lacunas de medição e de estatística, segundo a qual existe correlação entre os transtornos depressivos descritos pelo DSM e a quantidade/atividade de alguns sistemas que integram o nosso processamento cerebral. Os conhecimentos neurobiológicos mais atualizados falam de anormalidades relacionadas a neurotransmissores no sistema monoaminérgico/catecolaminérgico, incluindo os neuromoduladores de serotonina, noradrenalina e dopamina. Dessa forma, uma das principais estratégias no tratamento farmacológico do Transtorno Depressivo Maior (TDM) é a inibição da recaptação de monoaminas, em especial, a serotonina e a noradrenalina (Estudo 23). Existe algo como um "desequilíbrio" nos níveis de proteínas presentes, ou ausentes, no nanoespaço entre cada um dos bilhões de neurônios alojados no cérebro humano. Contudo, o equilíbrio poderia ser restabelecido com moléculas específicas e eventualmente combinadas em dosagens ideais de medicamentos.

A polifarmácia de antidepressivos inibidores seletivos de recaptação que hoje conhecemos e compramos em todos os extratos sociais, quase sem receita, tem sido a forma mais genérica que a inteligência humana conseguiu até aqui para lidar com a depressão.

Apesar dos avanços científicos alcançados pela indústria farmacêutica, observa-se, nos últimos anos, uma diminuição significativa em sua capacidade de inovar no enfrentamento da depressão. Nas últimas décadas, a maioria das novas medicações lançadas pertence à mesma classe de antidepressivos existentes, oferecendo benefícios limitados em relação aos tratamentos já disponíveis. Essa estagnação criativa contrasta com a complexidade multifatorial da depressão, que exige abordagens mais integradas e personalizadas. Além disso, o foco excessivo na

medicalização tem corroborado um processo de “farmaceuticalização” da sociedade, no qual os mais diversos aspectos da vida humana são reconhecidos como oportunidade de comércio farmacêutico. Essa abordagem tende a negligenciar as dimensões sociais, psicológicas e culturais do problema, além de aumentar a dependência de fármacos, como produto-mercadoria, em detrimento de intervenções psicoterapêuticas, de mudanças do estilo de vida, ou da utilização de substâncias tradicionais, conhecidas e reverenciadas pelos saberes ancestrais. Essa perspectiva limitada não apenas restringe as possibilidades de tratamento eficaz, mas também reforça uma visão reducionista e mercantil da saúde mental.

Nesse sentido, a chamada ciência psicodélica, com sua atenção aos saberes ancestrais e aos processos de mediação das experiências com as substâncias pode representar um campo fértil e não farmaceuticalizado para avanços em saúde mental.

A descoberta da dietilamida do ácido lisérgico (LSD) por Albert Hofmann em 1938 e a subsequente síntese da psilocibina (o composto psicodélico encontrado em certos tipos de cogumelos) na década de 1950 desencadearam um interesse substancial na exploração científica dessas substâncias. As propriedades alteradoras da mente nelas contidas intrigam cientistas e profissionais de saúde mental, que começaram a investigar suas possíveis aplicações na melhor compreensão do cérebro e do psiquismo e no alívio dos sofrimentos psíquicos.

No início dos anos de 1970, contudo, com a disseminação de políticas e de leis que restringiam o uso de substâncias consideradas perigosas, a pesquisa psicodélica foi bruscamente interrompida, permanecendo em hibernação por algumas décadas. Foi apenas no início do século XXI que a ciência psicodélica começou a experimentar um renascimento, com novas pesquisas explorando o potencial terapêutico dos psicodélicos para determinadas condições, como, por exemplo,

depressão resistente ao tratamento, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e ansiedade relacionada ao fim da vida. Este novo impulso da ciência psicodélica vem sendo considerado como o terceiro renascimento psicodélico pela comunidade de pesquisadores (Estudo 20).

Considerada um psicodélico clássico, a Psilocibina também vem despertando interesse crescente na comunidade científica e na população em geral por seu potencial terapêutico no tratamento de uma variedade de condições de saúde mental, incluindo a depressão. Diversos estudos têm demonstrado diminuição consistente nos sintomas depressivos relatados após terapia assistida com Psilocibina; em alguns deles, após apenas uma dose (Guy, M. et al., 2022). E a chamada "microdosagem" de cogumelos virou prática declarada por diversos executivos do Vale do Silício nos EUA (Hart, 2020, p. 214). Os estudos mais rigorosos e detalhados do campo têm sinalizado, até agora, que o tratamento assistido por psilocibina pode ser viável, eficaz, toxicologicamente seguro, fisiologicamente bem tolerado e, portanto, possui grande potencial na medicina psiquiátrica (Lowe, H. et al., 2021).

Contudo, a literatura científica ainda carece de maiores evidências e a compreensão das correlações entre a psilocibina e a depressão exige um exame contínuo e aprofundado. Aspectos como: mecanismos de ação; dosagem ativa; efeitos neuropsicológicos, riscos e efeitos colaterais; interações medicamentosas; protocolos de administração; abordagem terapêutica; acesso, custo de tratamento e regulamentação, bem como desenhos e procedimentos de pesquisa, dentre outros, são alguns dos temas cujas pesquisas em curso já estão oferecendo diretrizes, mas que deverão ser aprofundados e desdobrados nos próximos anos.

O objetivo da pesquisa de Doutorado cujo relato se apresenta aqui para exame foi o de averiguar as possibilidades da psilocibina, como alternativa não

farmaceuticalizada no tratamento da depressão. O estudo exigiu a adoção de métodos variados e abrangentes capazes de oferecer esclarecimento sobre os diferentes elementos implicados, não apenas a correlação Psilocibina e Depressão, mas também no complexo fenômeno da farmaceuticalização da vida e das lutas individuais contra o sofrimento depressivo. Abordagens qualitativas, como revisões de literatura, relatos fenomenológicos, etnografia e entrevistas em profundidade, nesse sentido, permitiram investigar como as pessoas experienciam suas dores e seus percursos curativos, seja com as substâncias prescritas por médicos, ou seja, com todos os demais recursos disponíveis.

Ao atentar para a exploração de sentidos e significados, a pesquisa buscou o entendimento também das condições nas quais a psilocibina poderia vir a ser uma ferramenta efetiva, ética e alternativa para o enfrentamento da depressão contemporânea.

No primeiro capítulo desta tese, utilizando o método histórico-crítico, será apresentada uma breve história da psilocibina, desde os primeiros vestígios do seu uso ritual, ou tradicional por antigos agrupamentos humanos, até o seu enquadramento na chamada Guerra contra as Drogas, no início dos anos 70. Também serão apresentadas algumas de suas características bioquímicas e mecanismos de ação.

No capítulo seguinte, serão enfocados aspectos sociológicos do fenômeno relativamente recente da farmaceuticalização. Do mesmo modo será apresentada uma análise lexicométrica do material textual obtido em quatro entrevistas em profundidade realizadas com profissionais de educação que vinham utilizando, ou haviam utilizado medicamentos antidepressivos. Por fim, utilizando-se do mesmo modelo de análise, buscou-se apresentar uma visão panorâmica da produção

acadêmica voltada à ação bioquímica de componentes farmacológicos. As análises textuais apresentadas têm por objetivo principal a ilustração, mais ou menos empírica, de alguns dos principais aspectos da pharmaceuticalização na vida contemporânea.

O capítulo três é dedicado a uma análise crítica das inovações e do processo de acumulação de capital no setor médico-farmacêutico ao longo do século XX e as perspectivas atuais. O que se pretende com isso é a recuperação do enraizamento principal do fenômeno da pharmaceuticalização no modo de produção capitalista, na perspectiva materialista dialética. Bem assim, o quarto capítulo, ao evocar o conceito foucaultiano de Biopoder, tratou de problematizar e ampliar a perspectiva analítica do fenômeno em questão para – quem sabe – inspirar modalidades de contenção e/ou redução de danos.

O capítulo cinco é o resultado de uma revisão sistemática de 24 artigos de comprovada relevância científica, produzidos nas duas últimas décadas sobre a correlação Psilocibina e Depressão. A análise da produção acadêmica teve por objetivo apurar aquilo sobre o que já existe algum consenso incipiente. Além disso, buscou-se também cotejar a produção existente com o roteiro básico e genérico de licenciamento de fármacos globalmente vigente.

O capítulo seis relata a aplicação de alguns dos achados da revisão sistemática em um estudo de caso a partir do método psicanalítico. Conforme será visto, buscou-se uma aproximação teórica esquemática entre os aportes freudianos sobre a depressão e as recentes hipóteses neurocientíficas para a ação da psilocibina no cérebro humano. Para o estudo foi desenvolvido um protocolo de assistência terapêutica de corte psicanalítico, mediante utilização espontânea de cogumelos do tipo *psilocybe cubensis*.

O último capítulo é uma reflexão sobre os principais achados da pesquisa e um alerta para os riscos daquilo que estou chamando de “Efeito Timothy Leary” nos rumos da comunicação científica sobre as possibilidades da psilocibina como alternativa no combate à depressão.

## **CAPÍTULO 1**

### **PSILOCIBINA: BREVÍSSIMA HISTÓRIA, CARACTERÍSTICAS E PROPRIEDADES**

Iniciamos com um resgate histórico da substância psilocibina, explorando os primórdios de seu uso em contextos rituais e tradicionais e posterior enquadramento nas políticas repressivas da "Guerra contra as Drogas", no início dos anos de 1970. Este breve panorama tem por objetivo situar a substância dentro de um contexto histórico-cultural mais amplo, fundamental para compreender o renascimento da ciência psicodélica no século XXI; o estado da arte da pesquisa com a psilocibina e, principalmente, sua singularidade e possibilidades terapêuticas contra a depressão em um enquadramento não farmacêuticalizado.

A psilocibina é alcaloide 0-fosforil-4-hidroxi-N-dimetiltriptamina, que, após a ingestão, passa por uma reação de defosforilação, transformando-se em psilocina (4-hidroxi-N-dimetiltriptamina). O alcaloide está presente em alguns gêneros de cogumelos, especialmente, os do gênero *Psilocybe*. Eles costumam medir entre 2,5 e 10 cm de altura, possuem um estipe, ou caule fino, longo e fibroso. O seu píleo, ou chapéu, mede entre 1 e 3 cm. A psilocibina é absorvida tanto a partir de cogumelos frescos, quanto secos, inteiros ou em pó. Existe variação na concentração da substância presente nos diferentes gêneros de cogumelos e, também, dentro do próprio gênero *Psilocybe*.

De acordo com os estudos que serão apresentados nos capítulos seguintes, doses superiores a 5 mg são capazes de produzir alterações subjetivas. Em cerca de trinta minutos após a ingestão, podem começar sintomas, como, por exemplo, euforia, despersonalização, distorção do campo visual e introspecção, com tendência ao isolamento do ambiente externo. O processo de natureza onírica tende a durar de 4

a 6 horas, acompanhado de rubor facial e cutâneo, sudorese, taquicardia e aumento da pressão arterial. Doses mais elevadas podem produzir sintomas colinérgicos, tais como: boca seca, retenção urinária e intensificação do processo onírico. Após cerca de 8 horas, o indivíduo retorna ao estado normal, embora, em alguns casos, possam persistir cefaleia, fadiga e uma sensação de bem-estar por alguns dias (Carod-Artal, 2015).

Os vestígios do consumo desses tipos de cogumelos por seres humanos remontam a mais de três mil anos. No que seria o atual estado mexicano de Chiapas, região onde exerceram forte influência as culturas olmeca e zapoteca, foram encontradas mais de duzentas das chamadas "pedras-cogumelo", estatuetas com tamanhos diferentes, estando, as mais antigas, datadas do séc. XI a.C. As esculturas possuem a base sólida e arredondada, com uma estrutura que lembra o tronco de um cogumelo, muitas vezes substituído por figura humana ou animal. No topo, há uma espécie de cúpula, ou chapéu, remetendo ao formato do píleo de um cogumelo. Muitas dessas "pedras" foram encontradas em tumbas ou monumentos funerários. Essa mesma região, é considerada a que possui mais variedade de cogumelos psilocibinos do planeta, cerca de vinte espécies diferentes (Carod-Artal, 2015, p,109).

Em tempos mais recentes, durante o domínio asteca da região, muitos registros mais detalhados sobre o uso de cogumelos psilocibinos foram produzidos pelos cronistas espanhóis da conquista do México. Conhecidos na língua asteca, o *náhuatl*, como *quautlan nanacatl* (que seria algo como "floresta de cogumelos" e, posteriormente com algumas modificações, "carne dos deuses"), os cogumelos são considerados pelos observadores europeus artigo de idolatria, conforme se vê no "*Tratado de las supersticiones, idolatrías, hechicerías, ritos, y otras costumbres*



*gentílicas de las razas aborígenes de México*”, escrito por Jacinto de la Serna no séc. XVII:

*... me dixo, que estos hongos eran pequeños, y colorados, y que para cogerlos iban á el monte los Sacerdotes, y Viejos Ministros diputados para estos embustes, y estauan casi toda la noche en oracion, y deprecaciones supersticiosas, y á el amanecer, quando començava cierto vientesillo, que ellos conocen, entonces los cogian atribuyendoles Deidad, y teniendo el mismo effecto, que el Ololiuhqui, o el Peyote, porque comidos, ó bebidos los embriaga, y priva de sentido, y les haze creer mil disparates (Serna, 1656).*

... el dicho Iuan Chichiton, que era el Sacerdote de aquella solemnidad, les dió á todos los circunstantes, que se auian juntado á la fiesta, á comer de los hongos como á modo de comunión, y á beber del pulque, y rematar la fiesta con abundante cantidad de pulque: que los hongos por su parte, y el pulque por la suya los sacó de juicio, que fue lastima: el dicho Iuan Chichiton se huyó luego, y nunca pude tener noticia de otros para castigarlos, sino fue de la dicha Leonor Maria, que teniendola presa en mi casa por el indicio del hechizo; y por el hecho de la asistencia de la idolatria, que hizieron con los hongos (...) (Serna, 1656).

Outros cronistas evangelizadores, como o Frei Diego Durán, Bernardino de Sahagún (1999) – autor do famoso Códice Florentino (séc. XVI) – ou Toribio de Benavente plenamente imersos na lógica contrarreformista, produzem seus relatos na perspectiva de descrever práticas consideradas supersticiosas, ou idólatras, para, com isso, facilitar a extinção delas.

Em geral, no imaginário evangelista, o novo mundo ou já tivera outrora contato com o cristianismo primitivo e por obra do diabo havia esquecido os ensinamentos de Jesus, ou simplesmente ainda não conhecia os ensinamentos do cristo, por obra justamente do maligno. Em ambas as linhas de conversão, era preciso identificar as armadilhas do demônio e acabar com elas. Nesse sentido, mereciam especial atenção aquelas práticas ou costumes que podiam confundir o fiel por alguma semelhança ardilosa, como no caso dos cogumelos psilocibinos e a eucaristia:

Y aunque en el Sancto Sacramento de la Eucharistia no hagan alguna supersticion, el Demonio haze lance en ellos, en poner en algunos duda en la asistencia de Christo Señor Nuestro en este Sacramento (y en estos tiempos de ahora no han faltado algunos de sus malignos ministros, que ayan querido imitar este diuino Sacramento con los hongos del monte, como diré en el discurso de este manual) (Serna, 1656).

A esse respeito, Antonio Escohotado (1998) lembra que a eucaristia cristã, em um de seus ritos mais antigos, o copta, que depois foi condenado como herético, a comunhão pressupunha quatro dias de jejum total, três consumindo apenas água e, no oitavo dia, a ingestão de um copo de vinho e um pedaço de pão fermentado. E, vale lembrar também, conforme mencionado, o nome pelo qual os cogumelos se tornam conhecidos nesse período: *teonanácatl*, a carne dos deuses.

Em diversos relatos, os cogumelos estão presentes. Muitas vezes associados a cerimônias importantes da elite dirigente asteca ou de mercadores. Outras vezes, apenas como indutor de entorpecimento e embriaguez entre a gente comum. De qualquer modo, sua propriedade mais referida e temida diz respeito ao seu poder de provocar "visões". De acordo com os relatos dos missionários, as visões podem ser

terríveis e desajuizantes, mas, também, de triunfos, prosperidade, tranquilidade, paz... De um modo, ou de outro, as visões seriam interpretadas como pernicioso comércio com o diabo.

Varela (2008), citando uma passagem de Sahagún como exemplo, pondera que, apesar da visão geral, existia espaço nos relatos para apreciações mais objetivas e fenomenológicas do uso dos cogumelos:

... uma vez passada a embriaguez dos cogumelos, falavam uns com os outros a respeito das visões que tiveram. E também aqueles que se embriagaram viam em visão e diziam aquilo que haveria de acontecer a outros que não comiam os cogumelos (...) (Varela, 2008, p.151).

Pela profusão de narrativas como estas, Escohotado (1998), em seu clássico manual *Historia General de las Drogas*, enquadra a psilocibina como um dos "Fármacos Visionários". Uma das características dessas substâncias, de acordo com o autor, é sua alta margem de segurança. A falta de conhecimento científico até os dias de hoje, de uma dose que seja letal para seres humanos é prova disso. Outra, é o fato de esse tipo de fármaco não apresentar intolerância, ou quando apresenta, ela é tão rápida que duas ou três administrações bastam para produzir insensibilidade quase total por parte do organismo humano. Mesmo assim, isso não quer dizer que os Fármacos Visionários sejam inócuos. Embora não existam perigos comprovados de que o corpo deixe de funcionar por catalepsia ou por sobre-excitação, prevalece a cautela com respeito aos riscos de uma desorganização psíquica não reversível.

Escohotado caracteriza o transe de substâncias como a psilocibina, antes de tudo, pela retenção da memória: primeiramente, a memória de estar submetido a uma alteração da consciência e, depois, por possibilitar uma espécie de excursão psíquica

com dois momentos bastante marcados. O primeiro, seria o voo mágico, ou a popularmente conhecida "subida", em que a pessoa observa horizontes desconhecidos, ou apenas imaginados, percorrendo insondáveis distâncias, até conseguir ver-se de fora, como apenas mais um objeto do mundo. O segundo momento, que seria a viagem, propriamente dita, teria um roteiro extático que começaria pelo medo de enlouquecer, seguido da morte em vida e do renascimento livre dos temores da vida/morte. De acordo com o autor, o ponto central do êxtase seria o renascimento.

Nas palavras de Juan de los Angeles, um místico espanhol do séc. XVI, citado por Escohotado:

*Saliendo de ti serás llevado limpiamente al rayo de las divinas tinieblas. En este anajenamiento de los sentidos que propriamente se llama êxtase, oye el hombre cosas que no les lícito ni puede dicirlas, porque todo está en el afecto sin discurso ni obra de la razón (p, 51) O desfecho do roteiro extático, quando favorável, seria alguma forma de serenidade beatífica. (Angeles, p.53 como citado em Escohotado, 1998).*

A ideia de excursão psíquica, referida por Escohotado, leva em conta também os experimentos realizados pelo psiquiatra e pesquisador de Harvard, Walter Norman Pahnke (1966), nos anos 60, em especial, aquele que ficou conhecido como *Good Friday Experiment*.

Em 1962, sob a supervisão de Timothy Leary e Richard Alpert e no âmbito do “*Psilocybe Project*”, sobre o qual voltaremos a tratar, Pahnke ofereceu a vinte seminaristas voluntários da *Marsh Chapel*, da Universidade de Boston, uma dose considerável de psilocibina, ou de niacina (vitamina B3) como placebo. Dez

participantes receberam um e dez, outro, sem saberem qual estavam consumindo. O objetivo de Pahnke, que também era teólogo, foi o de verificar o potencial religioso da substância enteógena psilocibina. Os participantes foram convidados a meditar e, após cinco horas, relataram suas experiências a três universitárias que não estavam informadas do experimento. A elas foi pedido que classificassem os relatos em intensa, ligeira ou nenhuma experiência mística, de acordo com a pauta proposta pelo educador britânico Walter Terence Stace em *Mysticism and Philosophy* (1987). O resultado obtido foi que nove dos dez estudantes submetidos à psilocibina, e um dos que ingeriu o placebo, produziram relatos que os enquadravam como tendo vivido uma intensa experiência mística.

De acordo com Escohotado:

... ainda seja repugnante para muitos admitir isso, certos psicofármacos são incomparavelmente mais idôneos que outros, para induzir no seu usuário uma viagem mística e, por essa mesma razão, são utilizadas com esse fim há tempo imemorável em vários continentes. (Escohotado, 1998, p, 56.).

Daí o uso do termo “enteógeno”, para adjetivar substâncias como a psilocibina a partir do final dos anos 70: “typically a plant or fungal extract (...) when used in a religious ritual or to bring about a spiritual experience.” (Oxford English Dictionary, 2025).

Voltando às preocupações dos colonizadores ibéricos com respeito ao papel dos cogumelos psilocibinos entre os povos da América e ao seu empenho no extermínio de ambos – povos e cultura pré-colombiana, com seu sistema de crenças, ritos, hábitos, cogumelos –ao que parece, houve uma relativa e duradoura eficiência.

Pode-se considerar que esse mesmo processo de sobreposição cultural também era exercido, de outro modo, na própria Europa durante a baixa Idade Média, seja sobre práticas ditas pagãs, heréticas, judaizantes ou maometanas. E parece pouquíssimo provável que os cogumelos psilocibinos não integrassem o arsenal da bruxaria que foi expiada pela tortura e pelo fogo católico do final do período medieval até a modernidade já avançada.

Quanto aos registros sobre uso de cogumelos, ou "setas" visionárias, em ritos e cultos ditos pagãos da Antiguidade no norte da Europa e na Ásia, embora existam fartos indícios, as primeiras informações historicamente mais consistentes datam do século XVIII. Existem etnomicólogos que encontram razões suficientes para acreditar que, na Grécia antiga, o episódio descrito na Odisseia, em que Hermes oferece um antídoto contra a droga ministrada por Circe, que transformou em porcos os companheiros de Ulisses, era um cogumelo psilocybe (Escohotado, 1998, p. 137).

Mesmo que o rastro de evidências seja longínquo, Escohotado considera que existe um vazio de milênios entre o emprego testemunhado de enteógenos como a psilocibina por civilizações antigas e a atual, levando-o à proposição da existência de um xamanismo primitivo e um moderno, um puro, outro impuro, um vigoroso e outro decadente (Escohotado, 1998, p. 55).

Como que de modo inercial, a visão colonial cristã europeia, sobre os cogumelos psilocibinos, construída fundamentalmente a partir das crônicas evangelistas, produz uma espécie de proscrição moralista e religiosa que permanece pouco alterada até meados do séc. XVIII. Sua utilização permanece restrita e discreta, ou clandestina, entre grupos tradicionais ao redor do mundo.

Com o Renascimento Cultural e Científico, contudo, o médico, alquimista, astrólogo e filósofo suíço, Paracelso, promove uma importante mudança de

paradigma no que diz respeito ao tratamento de doenças. Fazendo uma crítica à Hipócrates e Galeno, em "Opus Paramirum", no início do séc. XVI, Paracelso propõe um olhar segundo o qual, mesmo que as doenças se alojem internamente, elas têm causas externas, como toxinas e agentes patogênicos e não simplesmente o desequilíbrio entre os humores sangue, fleuma, bile amarela e bile negra, conforme a teoria médica vigente desde a Antiguidade Clássica. De acordo com a proposição de Paracelso, esses agentes patogênicos precisam ser combatidos com substâncias apropriadas, os "remédios heroicos", ou remédios químicos, a partir de combinações e proporções de três princípios: mercúrio, enxofre e sal (Escohotado, 1998).

Na visão do médico, tratava-se de ameaçar o organismo inteiro com a droga apropriada a uma parte rebelde, para com isso produzir o retorno heroico à unidade. Significava também uma terapêutica não mais pelos contrários, mas sim pelos semelhantes. Em outras palavras, de acordo com a teoria e prática vigentes, um paciente com excesso de humor sanguíneo precisaria ser sangrado. De acordo com a nova abordagem, um envenenamento poderia ser tratado com proporções adequadas do próprio veneno, processadas quimicamente (Escohotado, 1998).

Partindo então dos saberes alquímicos, Paracelso é considerado o precursor da chamada iatroquímica, que passará a pensar o funcionamento do organismo humano a partir de processos e reações químicas. Ainda que já distribuídos e recomendados por boticários, os fármacos adquirem, assim, nova relevância e interesse médico científico. Talvez não seja arriscado afirmar que o primeiro remédio concebido conforme essa concepção, que nos é familiar no mundo contemporâneo, tenha sido o Láudano paracelsiano, cuja base é o ópio, além de sementes de papoulas, nós moscada, alóe, raiz de mandrágora, dentre outras plantas.

O remédio de Paracelso será utilizado cotidianamente por Richelieu e por Luis XIV “la droga científica por excelencia, cuyo manejo y prescripción delimita a los facultativos serios de los aprendices y curanderos” (Escohotado, 1998, p, 342). Levará ainda um tempo até que a maturação industrial do Capitalismo, transforme os remédios em mercadoria e fetiche, conforme apresentaremos nos capítulos seguintes.

Apenas na primeira metade do séc. XX ressurgem relatos sobre a psilocibina e a utilização ritual de cogumelos. No verão de 1938, o antropólogo Bassett Johnson presenciou e descreveu em Huautla de Jiménez, Oaxaca no México, uma cerimônia com um xamã que ingeriu cogumelos para conhecer o estado de enfermidade de um familiar dos membros da expedição.

Nos anos de 1939 e de 1940, o etnobotânico Richard Evans Shultes e o etnólogo Robert Weitlaner confirmaram a persistência de cerimônias associadas aos cogumelos sagrados no sul do México. Já conhecendo tais relatos e interessados na temática, em 1953, a pediatra russa Valentina Pavlovna e seu marido, o americano, banqueiro e botânico, Robert Gordon Wasson, ouviram o relato da missionária americana Eunice P. Pike, segundo o qual na região de Huautla existiam rituais sincréticos, em que as práticas antigas com os cogumelos eram realizadas utilizando-se também aspectos da liturgia católica. As informações estimularam uma série de visitas do casal à região. (Ramirez *et al.*, 2020)

No contexto do que poderia ser chamado de um primeiro renascimento psicodélico, o "renascimento psilocibínico" pode ser considerado como tendo por marco principal a publicação do artigo “Seeking the Magic Mushroom” pela Revista Life em 13 de maio de 1957. No artigo, Wasson descreve seu encontro com a xamã mazateca, Maria Sabina, e sua experiência com os cogumelos psilocibinos. O texto



teve repercussão internacional e inaugurou um grande e contínuo fluxo de pesquisadores, curiosos e diletantes em direção a Huautla, causando inclusive transtornos para a comunidade e para Maria Sabina. (Como citado em Siff, 2018)

Nesse momento, contudo, conforme será apresentado no capítulo 3, a já potente indústria farmacêutica, que havia recém atravessado uma segunda geração de inovações com soros e vacinas, entrava em sua terceira fase com a síntese de vitaminas, corticoides, hormônios sexuais, antibacterianos, dentre outros. O laboratório farmacêutico suíço, Sandoz, por exemplo, há alguns anos vinha pesquisando também medicamentos analépticos, estimulantes dos sistemas respiratório e circulatório. À frente destas pesquisas estava o Dr. Albert Hofmann, que, no ano de 1943, havia realizado uma notável descoberta: os efeitos psíquicos e consequente potencial farmacológico da molécula 25 derivada do Ácido Lisérgico, a dietilamina do ácido lisérgico, que viria a ser conhecida como LSD-25, por suas iniciais em alemão.

O dia 19 de abril de 1943 tornou-se mundialmente conhecido como “O dia da bicicleta”, que marcou o início da pesquisa científica com as chamadas substâncias “psicodélicas”, termo cunhado anos depois por Humphry Osmond com a colaboração do escritor Aldous Huxley. Hofmann, alguns dias antes, havia sentido estranhas sensações ao trabalhar com a molécula no laboratório da empresa na Basileia. No dia 19 de abril decidiu ingerir um quarto de miligrama da substância. Em meia hora, começou a sentir-se estranho outra vez; seus sentidos e sua percepção das coisas começaram a mudar. Sentia vontade de rir e lhe era custoso falar. Pediu a sua assistente que o acompanhasse em sua volta para casa de bicicleta. Em plena II Guerra Mundial, no caminho a casa, em sua bicicleta, Hofmann teve o que pode ser considerada a primeira “viagem” com LSD:

Me despertei na manhã seguinte refrescado e com a cabeça esvaziada, ainda que um pouco cansado fisicamente. Me invadiu uma sensação de bem estar e de vida renovada fluindo em mim. O café da manhã me pareceu delicioso e me deu um prazer extraordinário (...) O mundo parecia recém criado. Todos os meus sentidos vibravam em uma condição de altíssima sensibilidade (...). (Gómez-Escolar, 2022, p.84)

A substância sintetizada por Hofmann foi patenteada pela Sandoz e passou a ser comercializada com o nome *Delysid*. Amostras de *Delysid* foram enviadas a muitas universidades e centros de pesquisa, além de ser oferecida também a diversos psicanalistas e terapeutas, para que investigassem possíveis aplicações. A princípio, a droga foi classificada como um "psicotomimético", um medicamento capaz de mimetizar a psicose. A descoberta de Hofmann inaugurou uma série de novas pesquisas com triptaminas, inclusive as que são produzidas pelo próprio organismo humano. Isso foi definitivo para a descoberta e caracterização da serotonina e do sistema serotoninérgico do córtex cerebral em 1948, que, por sua vez, deslocou o paradigma psicanalítico no tratamento da saúde mental, abrindo espaço para a abordagem neuroquímica. (Gómez-Escolar, 2022, p. 87)

Robert Gordon Wasson, em uma de suas incursões por Huautla de Jiménez, foi acompanhado pelo micologista francês, Roger Heim, que trouxe amostras de cogumelos, as quais posteriormente foram enviadas para Albert Hofmann. Em 1958, o cientista da Sandoz, conseguiu isolar a psilocibina, que passou a ser comercializada com o nome *Indocybin*. O fármaco, produzido até o ano de 1966, também foi distribuído entre pesquisadores e clínicos, assim como o *Delysid*. As pílulas de *Indocybin* chegaram a ser provadas e atestadas pela xamã Maria Sabina.

Nas décadas de 50 e 60, as experiências e estudos com substâncias psicodélicas tiveram seu auge antes de mergulharem em longa hibernação a partir da Convenção Internacional sobre Substâncias Psicotrópicas, realizada em 1971. Ainda que o LSD tenha obtido mais reconhecimento e atenção, a psilocibina também teve papel importante nesse contexto. Foram realizados diversos testes clínicos e aplicadas muitas modalidades de terapia assistida com as referidas substâncias tanto nos EUA, quanto na Europa e, também, na América Latina.

O potencial dos psicodélicos também chamou a atenção de outros setores da sociedade. Entre os anos de 1953 e 1973, por exemplo, a agência de inteligência americana CIA levou a cabo o projeto secreto *mind control ultra* (MK-Ultra) que, dentre outras iniciativas, realizava experimentos com substâncias que poderiam auxiliar na extração de confissões, lavagem cerebral e controle da mente. (Escohotado, 1998, p. 94)

No início dos anos 60, contudo, a utilização de LSD e de cogumelos psilocibinos já havia rompido os círculos científicos e terapêuticos para ganhar popularidade entre jovens de movimentos contraculturais em busca de autoconhecimento, espiritualidade ou simples recreação. Os movimentos *Hippie* e *Beatnik*, assim como os estúdios de Hollywood, foram grandes entusiastas de psicodélicos.

Parte dessa popularidade deveu-se ao programa de investigações psicodélicas iniciado em 1959 pelo professor Timothy Leary, em Harvard, que se tornou conhecido como *Psilocybin Project*. Seu primeiro experimento foi administrar psilocibina a 175 pessoas sadias de diversas ocupações e com idade média de 30 anos. Mais da metade deles relataram sentir-se enriquecidos duradouramente com a experiência e 90% deles quiseram repetir. Outro experimento foi realizado com 34

prisioneiros produzindo inusitados relatos sobre amor, êxtase e generosidade da alma. O mais famoso dos experimentos sob o comando de Leary foi o da “Sexta Feira Santa”, já citado neste capítulo, em que estudantes de teologia receberam doses de psilocibina e/ou placebo. O episódio custou a expulsão do professor da universidade. A essa altura, Leary havia angariado grande fama e dentre os sujeitos de suas pesquisas encontravam-se estudantes, professores, escritores, artistas e milionários de todo o país. De acordo com Escohotado (1998, p. 840), havia duas tendências naquele momento no que dizia respeito ao devir psicodélico. Uma, era a representada pelo escritor Aldous Huxley, que defendia a preservação de um modelo mais científico e médico para os estudos, e outra, era representada pelo escritor Allen Ginsberg, que propunha a democratização do acesso, o rompimento do enquadre terapêutico e o uso da psilocibina e da mescalina para promover a revolução sexual e política.

Leary caminhou da primeira para a segunda abordagem, tornando-se um pioneiro ativista psicodélico. Ele chegou a organizar a *International Federation for Internal Freedom* no México e, também, a *Castalia Foundation for Psychedelic Research*. Foi preso em 1970 e fugiu com a ajuda de uma organização política marxista, os *Weather Underground*. Exilou-se na Argélia sob a proteção dos *Black Panthers*. Em 1973 foi capturado no Afeganistão e preso novamente nos EUA até 1976. Leary chegou a ser considerado por Richard Nixon, o homem mais perigoso da América. (Como citado em Gómez-Escolar, 2022, p. 106)

A aproximação da contracultura e do ativismo de esquerda com as substâncias visionárias foi fator preponderante para o seu processo de criminalização. O presidente Nixon, em 1971, afirmou que as drogas eram o inimigo público número um, declarando “*War on Drugs*” e desencadeando um movimento global neste sentido. No mesmo ano, em Viena é realizada a Convenção Internacional sobre

Substâncias Psicotrópicas de 1971, promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU), que estabeleceu diretrizes globais para o controle de substâncias psicoativas. Entre suas principais decisões, destacam-se a classificação de substâncias em quatro listas (I a IV), com base em seu potencial de abuso e valor terapêutico, e a imposição de medidas rigorosas para regulamentar sua produção, distribuição e uso. Assim como o LSD e o MDMA, a psilocibina foi incluída na Lista I, considerada de alto risco e sem uso médico amplamente reconhecido. A convenção também exigiu que os países signatários implementassem sistemas de fiscalização e relatórios para combater o tráfico ilegal e o uso indevido dessas substâncias, influenciando políticas antidrogas em todo o mundo. As pesquisas com a psilocibina e com os psicodélicos em geral foram se tornando mais rarefeitas até desaparecerem por quase três décadas até o chamado “Renascimento Psicodélico” no início de séc. XXI.

## **CAPÍTULO 2**

### **FARMACEUTICALIZAÇÃO: A EXPANSÃO DO USO DE MEDICAMENTOS NA VIDA COTIDIANA E SUAS IMPLICAÇÕES SOCIOCULTURAIS**

A caracterização da substância e o panorama histórico sobre a psilocibina apresentados no capítulo anterior, ainda que ofereçam indícios de seu eventual potencial terapêutico, não nos permitem inferências sobre o segundo termo importante da presente tese: "alternativa não farmaceticalizada". A investigação nesse sentido pressupõe o entendimento de um fenômeno bastante complexo e contemporâneo, que é o da "farmaceuticalização".

O propósito deste capítulo é explorar o conceito em suas diversas nuances. O que será feito utilizando inicialmente uma abordagem sociológica e, num segundo momento, a análise discursiva. Espera-se que os elementos a serem apresentados criem uma base para a análise crítica das dinâmicas de inovação e acumulação de capital no setor farmacêutico, que será tema do capítulo seguinte.

O conceito de "Farmaceuticalização" emergiu no campo da sociologia da saúde no início dos anos 2000, mais ou menos concomitante com o novo renascimento da ciência psicodélica, e foi inicialmente desenvolvido por estudiosos como Simon Williams, Jonathan Gabe e Peter Davis (2009). O termo, desde então, vem sendo utilizado nas discussões críticas sobre a crescente dependência de medicamentos na sociedade contemporânea, em particular, no contexto das economias ocidentais.

A farmaceticalização refere-se, de modo geral, à ampliação do papel dos produtos farmacêuticos não apenas no tratamento de doenças, mas na gestão de aspectos amplos da vida cotidiana, tais como o humor, o comportamento e a performance corporal, dentre outros. O conceito ajuda a pensar sobre os riscos de

uma influência crescente da indústria farmacêutica nas esferas econômica, social e cultural, questionando de que maneira essas práticas moldam percepções sobre saúde, doença e normalidade, além de levantar preocupações sobre as consequências sociais e éticas dessa dependência.

Abraham (2010) conceitua a pharmaceuticalização como "o processo através do qual o social, comportamental ou as condições corporais são tratadas ou consideradas como necessitando de tratamento, com medicamentos por médicos ou pacientes". Esse autor aponta que os teóricos da medicalização, nos últimos anos, vêm chamando a atenção para o fato de que a profissão médica já não deveria ser considerada o motor central desse fenômeno, uma vez que, a partir do final do início dos anos 90, época em que o recém lançado Prozac chegou a ter 650.000 receitas por mês e foi capa da *Newsweek* (Kramer, 1993), a indústria farmacêutica diretamente tornou-se um agente capital do processo.

Ao mesmo tempo, Abraham (2010) relata o acirramento do debate acadêmico quanto à pertinência de um conceito como o de pharmaceuticalização, uma vez que, aparentemente, o fenômeno encontra-se encampado pelo de medicalização. O autor chama a atenção, entretanto, para alguns aspectos que singularizam a pharmaceuticalização e fogem do âmbito da medicalização, ou, pelo menos, exigem exame independente. Alguns exemplos disso encontram-se no aumento extemporâneo do uso de fármacos para o tratamento de condições já medicalizadas há muito tempo. Ou seja, condições que já recebiam atenção médica com outras terapêuticas e que passaram a ser abordadas com soluções farmacêuticas, tais como o uso de Ritalina para o tratamento de crianças com Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDHA).

Não se trata, no exemplo acima, de inovação farmacêutica, já que existe a disponibilidade da Ritalina no mercado desde os anos 60. Da mesma maneira acontece com o crescente uso de medicamentos para perda de peso no caso da obesidade. Abraham (2010) fala, assim, de "um aumento da farmacêuticalização, sem aumento da medicalização" já que não se trata de transformação de problema não médico em problema médico e sim de crescimento da opção pelo fármaco.

O autor não desconsidera, contudo, que a medicalização siga em crescimento e continue sendo responsável por parte do crescimento do uso de medicamentos, mas considera que existe no debate sobre o tema uma ênfase nos aspectos quantitativos e teleológicos, como o aumento de oferta, consumo, vendas...

Ressalta também que boa parte dos estudos nesse sentido priorizam a verificação do uso *off-label* dos medicamentos, ou seja, o uso fora das diretrizes das indicações homologadas para aquele fármaco. Vale assinalar, quanto a esse tipo de uso fora de especificação, que drogas psicoativas, dentre elas os antidepressivos, figuram no topo do ranking.

Nesse sentido, Walton et al. (2012), em seu estudo, afirmam:

*We have identified 14 such drugs that merit priority for future research, and we have identified particular concerns with the off-label use of antipsychotic and antidepressant drugs. Although previous research has highlighted the substantial frequency of off-label drug use without good evidence, we have identified and prioritized specific drugs warranting attention. Future research to evaluate the efficacy and safety of off-label use should focus on these drugs.*

Dentre as quatorze drogas consideradas prioritárias para investigações, seis são antidepressivos: dois deles inibidores de recaptação de serotonina (escitalopram



e sertralina), dois inibidores de recaptção de serotonina e noradrenalina (venlafaxina e duloxetine), e dois de outras classes (bupropiona e trazodona).

Alguns autores, como Clarke et al. (2003), propõem que o crescimento geral no consumo de medicamentos seria explicado por uma mudança de registro da medicalização que eles denominam biomedicalização:

*We signal with the "bio" in biomedicalization the transformations of both the human and nonhuman made possible by such technoscientific innovations as molecular biology, biotechnologies, genomization, transplant medicine, and new medical technologies. That is, medicalization is intensifying, but in new and complex, usually technoscientifically enmeshed ways (...).*

No mesmo sentido, Conrad (2007), fala em nova lógica de “aprimoramento biomédico” em curso, segundo a qual as propostas dizem respeito ao enquadramento aos padrões de normalidade médica, à restauração da juventude do corpo e à potencialização do desempenho como vantagem competitiva. Nesse caso, o contexto do trabalho pode representar papel preponderante, na medida em que o desempenho é critério central não apenas para as recompensas do trabalhador, quanto para a própria sobrevivência no posto de trabalho.

Ehrenberg (1995), discutindo performance, empreendedorismo e depressão nervosa no trabalho contemporâneo, diz a esse respeito:

... temos de nos haver, de agora em diante, com um heroísmo mínimo e massivo, cujo consumo crescente de psicotrópicos constitui o avesso. O laço entre heroísmo e psicotrópicos é tão estreito que a fronteira que nos faz passar de um ao outro é tênue (Ehrenberg, 1995, p.168).

Na visão de Abraham, porém, o biomedicalismo, incluindo a pesquisa e a inovação do setor, é apenas um dos cinco fatores que deveriam ser apreciados para uma compreensão amplificada do fenômeno da pharmaceuticalização, ao lado dele estariam a medicalização em si; a promoção e o marketing de medicamentos; o consumismo e a ideologia, ou política de regulação pelos estados (Abraham, 2010).

Williams et al. (2011), na mesma perspectiva de aprofundamento da análise do fenômeno, e com adesão aos fatores propostos por Abraham, consideram a pharmaceuticalização como uma série de processos sociotécnicos heterogêneos contemporâneos que operam em níveis macro e micro, sendo os primeiros relativos ao desenvolvimento, teste e regulamentação de produtos farmacêuticos, enquanto os segundos são relativos ao significado e ao uso de produtos farmacêuticos na prática médica e na vida cotidiana, ou aquilo que pode ser chamado de micro pharmaceuticalização. Ao revisar a literatura, os autores também propõem uma estrutura geral de análise, que leva em conta seis dimensões: 1) redefinição e reconstrução dos problemas de saúde como tendo uma solução farmacêutica; 2) mudanças nas formas de governança: globalização e o novo papel das agências reguladoras na promoção da inovação; 3) o (re) enquadramento dos problemas de saúde na mídia e na cultura popular como tendo solução farmacêutica; 4) a criação de novas identidades sociais e a mobilização de grupos de pacientes ou consumidores em torno das drogas; 5) o uso de medicamentos para fins não médicos e a criação de novos mercados consumidores; e 6) inovação em medicamentos voltada para a colonização de futuros na saúde.

Moynehan *et al.* (2002) identificam que a construção social das doenças vem dando lugar a uma “construção corporativa da doença”, que envolveria, entre outras ferramentas, a transformação de doenças comuns em problemas médicos; a visão de

sintomas leves como graves; o tratamento de problemas pessoais como médicos; a visão de riscos como doenças e o enquadramento de estimativas de prevalência para mercados potenciais. Para isso são recrutados, pela indústria farmacêutica, os mais diversos meios de mediação.

Nos EUA, um estudo sobre a exposição direta do consumidor à propaganda de antidepressivos demonstrou que a exposição, seja por períodos curtos ou longos, quando comparada a nenhuma exposição à publicidade, produziu aumento de 3% à 10% no uso de antidepressivos entre aqueles que relataram ter sofrido de depressão no ano anterior (Avery et al., 2012).

Em estudo da cobertura da mídia britânica sobre o medicamento Provigil, por exemplo, Williams et al. (2008) demonstram a aproximação narrativa entre a sonolência diurna e o sono em si, que também pode ser diminuído com o medicamento.

Quanto à governança e ao papel das agências reguladoras, Abraham & Davis (2005) consideram que, no caso britânico, os reguladores e seus consultores especializados há muito argumentam a favor do licenciamento rápido de novos medicamentos, alegando que só se pode realmente detectar reações adversas quando um medicamento está no mercado e que este pode ser retirado do mercado rapidamente, se não for seguro. Da mesma forma, sincrônicos com o processo crescente e mundial de desregulamentação de medicamentos, diversos estudos farmacêuticos no início do século XXI vêm dedicando atenção aos usuários de medicamentos como atores reflexivos e bem informados, capazes de avaliar riscos e benefícios e de fazer escolhas conscientes sobre seus medicamentos (Williams et al., 2009). Tal ponto de vista sugere que a pharmaceuticalização avança no sentido de sua

autonomia com respeito à validação científica das inovações farmacêuticas e quanto à necessidade de prescrições.

Williams et al. (2009), em amplo estudo sobre a pharmaceuticalização da vida cotidiana, constatam, por exemplo, o processo de domesticação do consumo farmacêutico por meio do acesso mediado por computador. Desse modo, o tratamento desses fármacos ocorre como espécies de balas mágicas para diversos problemas da vida cotidiana.

Diante da diversidade de aspectos e nuances presentes no fenômeno da pharmaceuticalização, pareceu-nos relevante apurar, ainda que com propósitos exploratórios e ilustrativos, alguns dados empíricos a respeito de como se organiza cognitiva e discursivamente a autopercepção de pessoas que utilizam antidepressivos – o que aportaria esclarecimentos sobre um aspecto da microfarmaceuticalização – e sobre os principais elementos discursivos e cognitivos presentes nas pesquisas recentes com fármacos dessa natureza, o que poderia oferecer um esboço de uma das facetas da macrofarmaceuticalização. Este segundo aspecto terá sua dimensão econômica analisada no capítulo seguinte.

Para o primeiro desses propósitos, com o apoio técnico do Professor Patrick Brown da Universidade de Amsterdã, um reconhecido estudioso do conceito de pharmaceuticalização, foram realizadas entrevistas em profundidade com quatro professores do Ensino Básico afastados de suas funções laborais por conta de adoecimento psíquico. Os sujeitos de pesquisa foram selecionados dentre os atendidos pelo Laboratório Psicanálise e Trabalho do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Os trabalhadores haviam utilizado, ou estavam utilizando medicamentos antidepressivos e/ou ansiolíticos no momento da coleta de dados. O

instrumento de entrevista sugeria apenas: “Fale sobre sua trajetória de vida tendo sua relação com medicamentos antidepressivos como marcos”.

Os dados foram coletados por meio de encontros virtuais e foram processados pelo software de análise textual Iramuteq para uma Análise Hierárquica Descendente. O objetivo foi a construção de uma espécie de mapa mental com as unidades verbais mais relevantes, recorrentes e comuns entre os quatro entrevistados. A ideia fundamental desse tipo de análise é a de que fragmentos esparsos e variados de discurso podem ser integrados em conjuntos coerentes e significativos, resultando no balizamento da organização interna de um discurso ou no conhecimento a respeito de um objeto. Apresentamos aqui alguns dos achados.

Números de Textos 4. Número de Segmentos de Textos 678. Número de Ocorrências 23.447. Número de formas 2.831. Número de formas que aparecem uma única vez 1.421. Três categorias principais de lematização foram apresentadas com os seguintes percentuais de relevância: 1) 39,4%, 2) 32,7% e 3) 27,9%.

*Figura 1 – Análise Lexicométrica*

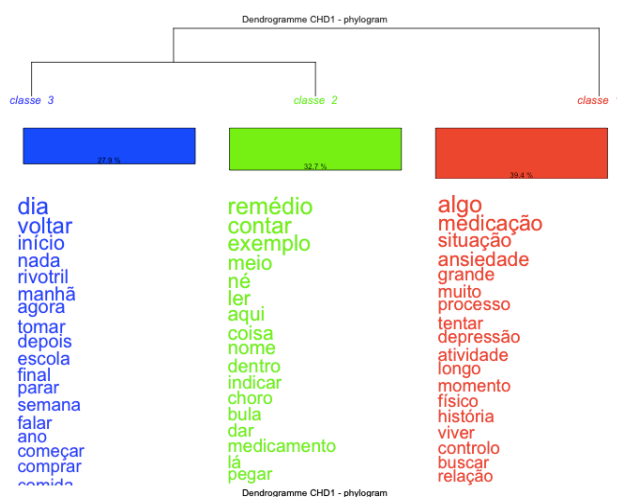
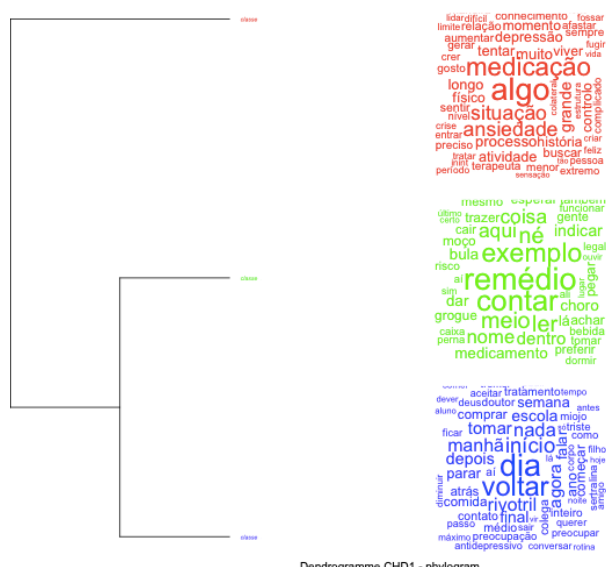


Figura 2 – Nuvem de palavras



Conforme se verifica, na nuvem de palavras da Categoria 1, ressaltam as cognições: (algo, medicação, situação, ansiedade), (tentar muito, viver, processo, história) e (grande).

Na nuvem de palavras da Categoria 2: (né, exemplo, remédio, contar) e (meio, ler, nome, dentro, remédio). Na Categoria 3: (dia, voltar), (tomar, nada), (manhã, início), (depois, Rivotril, final).

Na síntese visual geral das nuvens de palavras verifica-se: 1) algo medicação 2) remédio contar e 3) dia voltar.

A partir dos dados apurados, foi possível apresentar uma proposta de enquadramento para cada uma das categorias de lematização: 1) Microfarmaceuticalização e Alquimia, 2) Remédio e Resistência e 3) O dormir, o acordar e as substâncias.

A primeira categoria, “Microfarmaceuticalização e Alquimia”, reúne unidades textuais que permitem entrever, no processo de aproximação e utilização cotidiana de medicamentos antidepressivos, a persistência de um imaginário segundo o qual

proporções exatas de substâncias corretas combinadas são suficientemente capazes de aplacar as dores do corpo e da alma. A seguir alguns excertos:

\*\*\*\* \*k

Score: 146.26

Eu trabalho muito essa questão do autoconhecimento e eu tenho muita facilidade para poder aceitar terapias, novas medicações, eu não sou uma pessoa resistente, eu não gosto de sentir dor, eu não gosto de ter algo me incomodando...

\*\*\*\* \*e

Score: 140.38

Só que, nesse momento, o chá não resolvia, algumas coisas caseiras não estavam resolvendo, por isso eu recorri a essa medicação...

\*\*\*\* \*k

Score: 77.91

É uma coisa de medicação; ele vai ajustar a sua medicação, diferente do terapeuta, da psicoterapia; então, nem sempre as pessoas acreditam, ou se referem ao psiquiatra como o médico que vai dar uma medicação para melhorar a sua qualidade de vida.

\*\*\*\* \*e

Score: 92.44

Mas de forma muito responsável, como o meu médico faz comigo, com muita responsabilidade, porque é muito complicada essa medicação, a medicação que trata essa questão da ansiedade, ela é muito complicada.

\*\*\*\* \*e

Score: 87.67

É complicado, os efeitos colaterais... eu tive que passar por muitas medicações até encontrar uma que realmente fosse menos prejudicial, porque eu não acredito que ela, assim, faça bem... eu sempre converso com o meu médico, é como se fosse, assim, minha última alternativa (...)

A segunda categoria, “Remédio e Resistência”, reúne unidades textuais que permitem testemunhar que a microfarmaceuticalização, por meio de agentes de saúde e pela dispensação de medicamentos, não ocorre sem críticas, receios, recusas, customização de prescrição, dentre outras formas de resistência. Seguem alguns exemplos:

\*\*\*\* \*e

Score: 103.06

O período que eu não estou vivendo situações estressantes, eu não sinto necessidade de medicação e, aos poucos, eu vou retirando...

\*\*\*\* \*p

Score: 94.95

Eu estava muito resistente, porque eu via como um fracasso, poxa, eu consegui zerar, eu tomava quase 300 mg de venlafaxina e consegui zerar; agora eu vou voltar! Isso, para mim, é um fracasso, eu dando dez passos para trás.

\*\*\*\* \*e

Score: 99.01

Eu vou me acalmando e isso me faz ficar sem a medicação, eu consigo ficar sem ela, mas se eu estiver tranquila, se eu não sentir que algo está me ameaçando de alguma maneira.



\*\*\*\* \*e

Score: 93.18

Mas, assim, geralmente eu tomava, ou tomo, no período que eu estou muito agitada ou com crises de ansiedade, eu não tomo com frequência, não, eu não gosto do efeito da medicação em mim, então eu evito muito tomar.

\*\*\*\* \*pe

Score: 88.64

Como eu te disse, chegou a um certo momento que eu prefiro não ler a bula, para não correr o risco de sentir alguma coisa que o remédio não me causaria.

\*\*\*\* \*k

Score: 77.88

Vem lá... remédio para quem tenta suicídio, remédio para não sei o quê, só coisa ruim, aí você fala: meu deus, eu vou tomar isso aqui...

A terceira categoria, “O dormir, o acordar e as substâncias”, reúne unidades textuais em que se verifica a vulnerabilidade dos sujeitos à pharmaceuticalização, quando anseios básicos, como o sono tranquilo e o despertar em condições de produzir, não são satisfeitos, conforme se pode verificar nas citações seguintes:

\*\*\*\* \*k

Score: 83.63

O pior, se você está numa situação muito difícil, você tem muito medo de largar a medicação e você cair de novo no fundo do poço e esse é um problema no meu caso específico

\*\*\*\* \*p

Score 92.65

Vai completar seis anos que eu faço uso do rivotril; só agora que eu estou começando a me preocupar, porque eu falo, começo a falar, conversar, as palavras somem.

\*\*\*\* \*p

Eu passei por três desmames, mas quando chegava no final, eu tinha que voltar a tomar, porque o meu corpo não aceitava tirar totalmente o remédio.

\*\*\*\* \*e

Score 93.99

Boca seca, o efeito da medicação é algo assim... é bom, porque eu consigo retomar as minhas atividades de uma forma mais lenta... eu consigo, eu ainda consigo.

\*\*\*\* \*p

Score: 133.06

E esses dias, inclusive, eu tenho sentido isso novamente; por isso ela entrou com a sertralina, também para ver se diminuía isso daí.

\*\*\*\* \*pe

Mas, como eu não tomava por recomendação médica, eu tomei porque no dia teve uma reunião da escola que eu fiquei muito, muito, muito nervoso; aí, a minha colega me deu um comprimido

\*\*\*\* \*pe

Score: 91.95

Aí, há um ano e meio mais ou menos, eu, por conta própria, resolvi parar de tomar esses remédios; então, hoje eu não estou tomando remédio, apesar de achar que preciso deles, porque eu não consigo me concentrar, não consigo dormir direito.

\*\*\*\* \*p

Score: 68.68

Ou felizmente, não sei; ela falou a mesma coisa; antes, eu também achava que era meio coisa de gente doida, como eu te falei... que depressão era desculpa para quem não queria trabalhar...

Os achados, no levantamento empírico, oferecem um panorama sobre a complexidade e a multidimensionalidade do fenômeno da pharmaceuticalização no contexto das experiências individuais com antidepressivos. As categorias de lematização propostas – "Microfarmaceuticalização e Alquimia", "Remédio e Resistência" e "O dormir, o acordar e as substâncias" – permitem uma aproximação sobre as formas como os sujeitos pesquisados vivenciam e interpretam o uso desses medicamentos.

A primeira categoria sugere a persistência de um imaginário alquímico/iatroquímico em torno dos fármacos, em que se deposita a expectativa de soluções pragmáticas, e/ou transcendentais para as dores psíquicas e físicas, reforçando a devoção quase mística à ciência médica, ainda que permeada por ambiguidades e receios quanto aos efeitos colaterais.

Já a segunda categoria permite inferir que as experiências de uso também são marcadas por resistência, crítica e estratégias de subversão, revelando tensões entre a dependência medicamentosa e o desejo de autonomia.

Enfim, a terceira categoria revela o impacto da pharmaceuticalização em necessidades humanas fundamentais, como, por exemplo, sono e produtividade, explicitando o vínculo entre sofrimento psíquico e a lógica do desempenho.

Essas reflexões parciais sugerem que o uso de antidepressivos não pode ser compreendido apenas por suas dimensões biológicas ou farmacológicas, mas

também como fenômeno profundamente enraizado em processos sociais, culturais e subjetivos. Tal compreensão reforça a necessidade de abordagens integrativas e críticas, capazes de dialogar com as diferentes camadas que constituem a experiência dos sujeitos frente ao sofrimento psíquico e às alternativas terapêuticas disponíveis.

Conforme referido, pareceu-nos pertinente também averiguar alguns dos principais elementos discursivos e cognitivos presentes nas pesquisas recentes com fármacos antidepressivos. Nesse caso realizou-se um levantamento de artigos médicos sobre o tratamento farmacológico da depressão. Foram selecionados vinte artigos, produzidos nos últimos dez anos e encontrados nas bases de dados PubMed e Medline. Optou-se pelas seguintes combinações de chave de busca em ambas as bases: ("depression") and ("Chemical neurotransmission") and ("pharmacotherapy") e ("receptors") AND ("enzymes") AND ("depression"). As palavras-chaves e combinações foram definidas em função de nos aproximarmos da produção acadêmica voltada à ação bioquímica de componentes farmacológicos.

Para cada um dos artigos efetuou-se a revisão, a codificação e a preparação de texto dos seus *abstracts* para a composição de um corpus e subsequente análise lexical descendente, da mesma maneira como foi realizado com o material textual das entrevistas feitas com os profissionais de educação sobre uso de antidepressivos.

Esperava-se com isso reunir, em função da frequência e da ordem de evocação, um número suficiente de cognições para que se pudesse conhecer alguns dos princípios organizadores dos conhecimentos e relatos presentes nos artigos. Análise dessa espécie leva em conta o valor simbólico de cada cognição, seu poder associativo, sua saliência (frequência e ordem de aparecimento) e sua conexidade (laços e conexões) na estrutura dos textos.

Conforme o diagrama 1, a Análise Lexicométrica apresentou o corpus dividido em quatro classes: a primeira, 23,8%, sugere um agrupamento em que aspectos relativos à especificidade, singularidade, diferenças, quantidades e concentrações apresentam certa interdependência. A segunda, 33,8%, reúne cognições, como: disponibilidade, efetividade, resistente e antidepressivos. A terceira, 18,8%, apresenta: sistema serotoninérgico, PubMed e Medline. A quarta, 23,8%, traz: eficácia, segurança, estudo, administração e Ketamina.

As classes 3 e 4 apresentam-se correlacionadas mais diretamente. Por sua vez, essa correlação encontra-se correlacionada à classe 2 e, esta última, correlacionada à classe 1.

Em conformidade com o diagrama 2, a análise fatorial apresentou a correspondência intertextual entre as quatro classes, destacando as cognições que figuram em mais de uma classe: eficácia e segurança ocupam o centro do diagrama. O grafo 3 da Análise de similitude apresenta a proximidade na estrutura da construção do texto entre as cognições: tratamento, depressão, antidepressivos, Ketamina e paciente.

Figura 3 – Análise Lexicométrica



Figura 4 – Análise Fatorial Lexicográfica

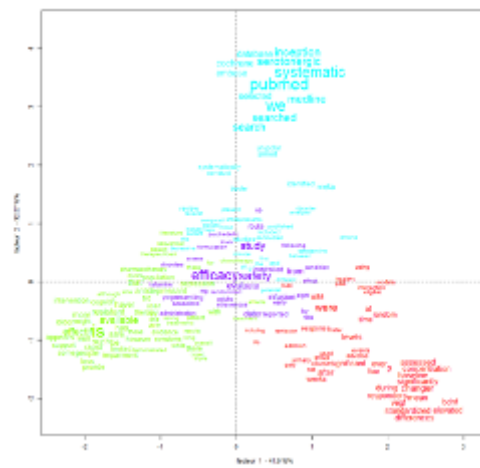
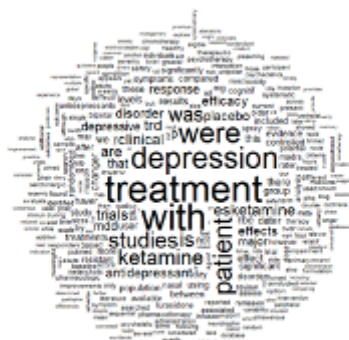


Figura 5 – Análise de Similitude



Figura 6 – Nuvem de palavras



Cada uma das quatro classes em que o corpus foi dividido apresenta características internas bastante singulares e significativas para os propósitos aqui almejados. A primeira delas reúne cognições que, em conjunto, permitem entrever algum tipo de atenção para a singularidade do tratamento da depressão em cada paciente. Duração, concentração, linha base, diferenças e estandarização são termos que figuram dentre os mais repetidos. Pode-se inferir aqui algo da farmacogenômica, como tendência de inovação farmacêutica (Rabinow & Rose, 2006, p.27), mas parecem igualmente presentes indícios da cautela médica, do mesmo modo que nos estudos científicos sobre tratamentos medicamentosos. Poderia soar como escusa, ressalva ou imprevisibilidades atenuantes de resultados menos significativos do que os desejados.

Da mesma forma, a segunda classe sinaliza uma espécie de tensão constante entre eficácia de medicamentos e resistência de pacientes. Não mais como fruto das singularidades de cada pessoa, mas como fronteira a ser transposta. Nessa classe figura “antidepressivo”. A incidência do termo, nesse possível recorte analítico, permite atribuir ao produto da indústria farmacêutica certo valor de fetiche, mercadoria

em evolução capaz de ofertar plenamente o impossível. Basta que o corpo humano não ofereça resistência.

A terceira classe parece conter signos inequívocos da autoridade médica. Estão presentes termos da fisiologia cerebral, como sistema serotoninérgico; da comunidade médica, como os nomes dos bancos de dados e estudos médicos; “estudos” também é cognição que aparece com frequência, assim como “remédios”. Resulta difícil não identificar nessa classe pelo menos a “insipiência” da relação de compromisso entre o saber/prática médica e a promessa da indústria de fármacos.

A quarta classe finalmente reúne o que poderia se denominar prescrição médica: eficiência, segurança, estudos... Ketamina e Lurasidona.

As correlações entre as classes poderiam, então, ser assim analisadas: autoridade médica + indústria de fármacos X resistências individuais – singularidades de tratamentos = farmaceticalização.

Essa breve revisão sistemática de literatura médica sobre farmacoterapia revela, quanto aos aspectos comuns aos artigos analisados, que algumas cognições, tais como eficácia, segurança, resistência, controle, avaliação e Ketamina, figuram dentre as mais comuns aos artigos analisados. A observação da nuvem de palavras, contudo, parece oferecer uma síntese visual, segundo a qual, no sistema discursivo e reflexivo desses médicos pesquisadores de fármacos, encontra-se uma dúvida geral sobre a depressão (onde – depressão) e uma pronta resposta (tratamento - com).



## **CAPÍTULO 3**

### **ACUMULAÇÃO DE CAPITAL E FARMACEUTICALIZAÇÃO: A DINÂMICA ECONÔMICA DO SETOR FARMACÊUTICO NO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO**

A mencionada ampliação do papel dos produtos farmacêuticos não apenas no tratamento de doenças, mas na gestão de aspectos amplos da vida cotidiana, não poderá ser compreendida sem o exame mais aprofundado do aspecto que nos parece central na porção denominada “macro” (Williams et al., 2011) do fenômeno da pharmaceuticalização: o percurso do setor farmacêutico como meio de produção dentro do Capitalismo e do seu papel como tal na sociedade contemporânea.

A trajetória do setor farmacêutico ao longo do século XX e início do século XXI reflete os mecanismos intrínsecos da acumulação de capital sob a lógica capitalista. Segundo a perspectiva marxista, o capital deve ser continuamente expandido, o que leva as indústrias a buscarem incessantemente novas formas de crescimento.

No caso da indústria farmacêutica, esse processo foi marcado pela centralidade em inovações tecnológicas e pela criação de demandas sociais por medicamentos, consolidando-se como um setor oligopolizado e altamente lucrativo. A globalização e a fusão entre capital industrial e financeiro, juntamente com as barreiras regulatórias e a dependência dos consumidores em relação às práticas médicas, tornaram o setor um dos pilares da acumulação de capital no capitalismo contemporâneo.

Segundo Marx, uma das características essenciais do capital é que, independentemente das convicções e subjetividades de cada capitalista, ele tem que ser acumulado. A competição do mercado exerceria pressão sobre o capitalista, segundo a qual a simples preservação do valor do capital seria impossível sem que

ele se expandisse (Bottomore, 1988, p. 88). Essa postulação é relevante para a compreensão do momento em que nos encontramos no sistema de mercado e suas consequências para a vida contemporânea. Nesse sentido, a indústria de medicamentos inicia o século XXI como um dos ramos industriais mais lucrativos, com grande centralidade no processo internacional de acumulação de capital.

Estados Unidos, França, Suíça e Reino Unido são as sedes das principais indústrias farmacêuticas e onde ocorrem os mais significativos investimentos em pesquisa e inovação tecnológica, vitais para o setor. Trata-se de um setor oligopolizado (Rodrigues, Costa e Kiss, 2018), em que poucas empresas do norte global detêm o controle da maior parcela do mercado de medicamentos e da produção de conhecimento a respeito dos mesmos.

Antes de avançar na questão da acumulação de capital no setor farmacêutico, vale considerar algumas especificidades do mercado de medicamentos que concorrem para situar o setor em posição avançada na etapa monopolista do capitalismo.

Duarte et al. (2015) percebem que “algumas imperfeições” desse mercado podem ter favorecido a formação de monopólios ou oligopólios. Três delas seriam:

- i) baixa elasticidade, ou inelasticidade, da demanda em relação ao preço, devido à ausência de bens substitutos; ii) existência de informações assimétricas; e iii) elevadas barreiras à entrada de novos concorrentes (por meio de patentes e devido aos altos custos iniciais), que culminam em baixa competitividade (...)

A questão da baixa elasticidade, ou inelasticidade, diz respeito ao fato de o consumidor não ter muita alternativa além de comprar o medicamento, pagando por

ele o preço que for cobrado. Em outras palavras, o preço do produto tem papel secundário na decisão sobre o consumo, fazendo com que os comerciantes de remédios tenham facilidade para majorar seus preços. Esse tema possui peso expressivo quanto à necessidade de uma regulação do setor, externa ao mercado.

Quanto às informações assimétricas, trata-se da dificuldade que o consumidor possui para avaliar a qualidade do bem que adquire, dependendo, para isso, de um mediador que, geralmente, é o médico. Este, por sua vez, tende a enfatizar os possíveis benefícios do medicamento, relegando os custos ao segundo plano. Em resumo, o que ocorre é que quem escolhe o produto não é quem o consome e custeia, isso por conta da assimetria das informações entre o paciente/consumidor e o saber médico. A baixa competitividade resulta das barreiras existentes para a entrada de novos agentes no setor:

... principalmente devido aos altos investimentos exigidos em pesquisa, desenvolvimento e marketing; aos vultosos custos iniciais intrínsecos à produção dos fármacos; à existência de proteção patentária por períodos consideráveis; à existência de órgãos de fiscalização e regulação, com cada vez mais rígidas exigências sanitárias, de qualidade das instalações e de confiabilidade dos produtos; à alta concentração do mercado em poucos grandes players, mediante processos de reestruturação empresarial por fusões e aquisições; e à lealdade dos médicos e dos consumidores a determinados laboratórios ou marcas (...). (Duarte et al., 2015)

Duarte et al. (2015) consideram que os fatores elencados teriam contribuído para promover a tendência à monopolização ou oligopolização do setor. Retomando, contudo, um pouco da trajetória do segmento, é possível entrever um processo mais

repleto de nuances e recuperar alguns dos grandes pontos de inflexão que conduziram a indústria de fármacos a ao seu protagonismo no cenário contemporâneo de concentração e acumulação no capitalismo neoliberal. Isso nos permitiria melhor compreensão da dimensão atual do fenômeno da pharmaceuticalização no aspecto da economia política.

O nascimento e crescimento da indústria farmacêutica durante o séc. XIX, pode ser considerado tributário dos avanços da química fina durante a chamada Segunda Revolução Industrial, momento de aceleração do processo de acumulação capitalista e ponto de virada para a exploração internacional de fontes de matéria prima e mercados para produtos e capitais excedentes nas matrizes.

George et al. (2014) situam a primeira geração de inovações farmacêuticas, ligadas aos esforços do pesquisador Lavoisier da Escola Francesa de Química, no período de 1820 a 1880. Entre 1880 e 1930, os laboratórios públicos de pesquisa e as indústrias alemã, francesa e suíça, já experientes com a Química Orgânica, seriam os maiores responsáveis pela segunda geração de inovações: soros e vacinas. A síntese de vitaminas, corticoides, hormônios sexuais e antibacterianos pela indústria, já um pouco mais dispersa mundialmente entre os anos 30 e 60, representariam a terceira geração de inovações.

Segundo Hobsbawm (1995, p. 15), após a "era de catástrofe", entre as guerras mundiais, houve um período mundial de cerca de vinte e cinco a trinta anos de extraordinário crescimento econômico e de grandes transformações sociais. O historiador considera que a expansão industrial foi uma característica marcante desse momento e que as principais inovações transformadoras do mundo tenham ocorrido talvez no setor químico e farmacêutico. Com o final da Segunda Guerra Mundial, contudo, a indústria farmacêutica norte-americana, reforçada com o espólio de guerra

do setor químico e farmacêutico alemão, passou a desempenhar papel fundamental na consolidação e expansão do segmento. Verifica-se depois de 1945 o início da produção em massa de medicamentos, bem como a diversificação da oferta e da demanda.

Queiroz e Gonzales (2001) apontam uma reestruturação de estratégia em quatro estágios a partir de então: pesquisa e desenvolvimento de novos fármacos; produção industrial desses insumos; produção de especialidades farmacêuticas; e marketing.

Pode-se identificar aqui o momento em que a indústria farmacêutica incorpora de maneira vigorosa o pensamento do economista austríaco Joseph Schumpeter (2000) sobre a inovação como a força geradora de ciclos de crescimento econômico e propulsora das mudanças mundiais. Nesse sentido, a busca pela oferta de produtos e serviços novos no mercado seria a única forma de se destacar no cenário competitivo global.

Santos F. L. (2022) comenta que, nesse período, surgem a cortisona (1949), a estreptomicina (1950), o primeiro psicotrópico neuroléptico, a clorpromazina (1952) e os anti-hipertensivos – clorotiazida e propranolol (1964). O tema da inovação não deixará de ser central na estratégia desse setor, que, como será desenvolvido, passará também a contar com meios para a construção ilimitada de demandas.

Entre os anos 60 e 80 teria vez uma quarta geração de inovações com a incorporação das ciências da vida às pesquisas de fármacos e, de acordo com Achilladelis e Antonakis (2001), a partir dos anos 80, com a biotecnologia moderna e a síntese de proteínas, teria início o último ciclo de inovação do setor farmacêutico. Por sua vez, Kornis, Braga e De Paula (2014) consideram que, nos anos 90, o portfólio dessas indústrias ampliou-se para áreas de saúde animal, produtos de

higiene/cuidado pessoal e de nutrição/dietética. Na década de 2000, com a expiração das patentes dos medicamentos, a indústria farmacêutica mundial se concentrou no segmento dos genéricos, adquirindo empresas nos mercados emergentes.

Ao longo da trajetória de crescimento da indústria farmacêutica durante o século XX, porém, a dinâmica da acumulação no Capitalismo também atravessou mudanças importantes, dentre as quais se destaca a fusão do capital industrial com o capital financeiro, em curso desde o final do século XIX. Da mesma maneira, tornaram-se cada vez menos demarcadas as fronteiras entre o setor da produção e o setor de serviços, o que tornou cada vez mais imbricadas as relações entre a indústria farmacêutica e a prestação de serviços de saúde.

Nesse sentido, Andreazzi e Kornis (2009), avaliam a dinâmica contemporânea da acumulação setorial da saúde, a partir do conceito de Complexo Médico Industrial (CMI). De acordo com os autores, a partir da observação da crescente articulação entre o setor estatal de Defesa e a indústria de armamentos nos EUA nos anos 70, Arnold Relman (1980) traçou um paralelo com o que ocorria também no campo da saúde daquele país, e denominou Complexo Médico Industrial o que estava em curso.

De acordo com Relman, em seu discurso de despedida como presidente em janeiro de 1961, Eisenhower alertou sobre o possível conflito de interesses públicos e privados na área da segurança nacional, em função do que chamou de "complexo militar-industrial", uma enorme e permanente indústria de armamentos que, juntamente com um imenso establishment militar, havia adquirido grande poder político e econômico. O autor identificou, naquele período, um grande fluxo de capital dirigindo-se aos serviços de saúde e modificando sua dinâmica:

... é um fenômeno sem precedentes com implicações amplas e potencialmente preocupantes para o futuro de nosso sistema de assistência médica. Ele atraiu

notavelmente pouca atenção até agora (exceto em Wall Street), mas, na minha opinião, é o desenvolvimento recente mais importante na assistência médica americana e precisa urgentemente de estudo (Relman, 1980).

A partir desse marco, o conceito Complexo Médico Industrial da Saúde (CMIS) passa a ser utilizado por diversos autores para explicar as relações entre a indústria de bens necessários ao provimento dos cuidados em saúde e a prestação dos serviços de saúde. A indústria de medicamentos integraria esse complexo, portanto, como um subsistema hegemônico, que teria ao seu redor a indústria de equipamentos médicos e insumos, hospitais, ambulatorios, serviços de diagnóstico e tratamento...

Tulum e Lazonick (2018) lembram também a participação das pequenas e médias empresas tecnológicas criadas através de parcerias com Universidades e centros de pesquisa, que recebem financiamento de fundos de investimento e do setor público.

Embora a tradição marxista tenda a não deslindar fronteiras claras entre o público e o privado ao tratar do Estado em sua versão burguesa, é importante salientar que essa teia enreda o Aparelho de Estado como um todo, na concepção de Marx, e também diversos Aparelhos Ideológicos de Estado na perspectiva de Althusser (1992, p. 43). A introdução do aspecto ideológico nesse ponto tem por objetivo enunciar uma outra dimensão do fenômeno da farmaceticalização, que poderá ser melhor observado além do âmbito econômico, como se verá no capítulo seguinte.

A criação de necessidades sociais de consumo de medicamentos e a influência sobre as práticas médicas, são apresentadas por Andreazzi e Kornis (2009) como essenciais para a indústria de medicamentos. E sobre essa influência, citando o médico, sanitarista e professor Hesio de Albuquerque Cordeiro, precursor do uso do

conceito CMIS no Brasil, os autores esclarecem que a integração dos serviços de saúde ao complexo exerce grande influência no processo de acumulação de capital do setor. Isso porque esses serviços, embora não sejam destinados à circulação de bens materiais, não possuem a princípio valor de troca, e o trabalho empregado neles não produza mais valia – uma vez que é imediatamente consumido – tratam-se de serviços capazes de conferir, ou facilitar a atribuição de valor de uso e, portanto, utilidade às mercadorias produzidas pelas unidades produtivas do CMIS. Por sua vez, e simultaneamente, como os serviços de saúde não têm função econômica direta, seu lucro seria provido através da transferência para a sua órbita de uma parcela da mais-valia setorial produzida. Empresariar esses serviços seria reeditar e incorporar, assim, uma modalidade de capitalismo comercial em plena vigência do capitalismo financeiro.

Outro fator característico do processo de acumulação de capital desse segmento foi a crescente movimentação, a partir dos anos 50, das empresas de seguros para a cobertura de atenção à saúde, configurando o fortalecimento do financiamento privado. Nesse sentido, Santos et al. (2019) constata que o segmento tem apresentado o encolhimento do setor público e o crescimento das empresas de intermediação de serviços de saúde: planos, seguradoras, cooperativas médicas, empresas de grupos de médicos, dentre outros. “Constituindo, assim, um complexo médico-financeiro que reforça a tendência geral do capitalismo de financeirização, desigualdades, luta de classes, subsunção do trabalho no capital e o aumento da acumulação de capital”.

Essa trajetória de complexificação, de crescimento e de acumulação do setor farmacêutico adentra o século XXI sem qualquer perspectiva de contenção ou refreamento. A título de exemplo disso, Rabinow & Rose (2006, p. 27) citam um



estudo de Rose de 2003 focado nas pesquisas relativas ao que ficou conhecido como farmacogenômica e, mais especificamente, em seus vínculos com o sofrimento psíquico. Segundo o artigo, na Europa a farmacogenômica era uma grande promessa no desenvolvimento da terceira geração de medicamentos antidepressivos. A corrida genômica estaria alicerçada na crença enfatizada e difundida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de que, por volta de 2020, a depressão se tornaria a segunda maior causa de doença tanto nos países desenvolvidos quanto nos países menos desenvolvidos, perdendo apenas para doenças cardíacas. A existência de diversos medicamentos agindo nos mecanismos neuronais que estão na base dos sintomas depressivos, sem indicadores precisos que permitam prescrição eficiente dada a singularidade de cada indivíduo inspiraria o esforço no sentido do mapeamento genético do paciente que recebe a droga:

... exames genéticos poderiam permitir ao médico escolher o remédio e a dosagem certos, para o indivíduo certo, maximizando, assim, os benefícios terapêuticos, e minimizando os efeitos colaterais. Isto aumentaria a eficiência da aplicação dos recursos destinados ao tratamento médico, e portanto atuaria não apenas no nível individual, mas também sobre indicadores chave financeiros e de saúde populacional. (...) os exames genéticos podem migrar do consultório do orientador genético para o clínico geral, e se tornariam uma rotina similar aos exames de sangue, abrindo à população como um todo o entendimento genético da sua saúde, doenças e predisposições (Rabinow & Rose, 2006).

O que se percebe, ao nos debruçarmos sobre a trajetória da indústria farmacêutica e de seu processo de acumulação, é que, além da tendência à

oligopolização, verificável desde o seu início, trata-se de um segmento que, ao longo do tempo, também foi – e vem sendo – capaz de criar tecnicamente demandas para a sua oferta, na medida em que, através da inovação, desempenhou papel-chave no processo de esquiteamento científico do corpo e do psiquismo humano e soube monopolizar o conhecimento sobre a saúde, a doença e a cura.

A genética aplicada à farmacocinética, estudo da absorção do fármaco pelo corpo, referida na citação é apenas mais um exemplo disso. Não se desconsidera, entretanto, a importância dos serviços prestados pelos avanços científicos promovidos pela indústria farmacêutica e o que isso tem representado quanto à redução das dores, dos sofrimentos e das doenças ao longo da história.

Não se trata evidentemente, nesse panorama traçado, da desqualificação dos serviços e dos produtos do complexo médico industrial, mas sim de ofertar subsídios para a reflexão quanto aos riscos de que apenas os interesses do mercado determinem as condições de patologia e normalidade com objetivos principais de acumulação.

Canguilhem (2007, p. 145) lembra que "Aquilo que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outra situação", mas, de acordo com esse autor clássico, é o indivíduo quem sofre as consequências e, por isso, é ele também quem deve avaliar a transformação de um em outro.

Desse modo, para a consequente revisão bibliográfica dos conceitos de medicalização e farmacologização, resulta difícil concordar com o alerta de Williams (2011), segundo o qual:

... tanto a medicalização quanto a farmacologicamente deveriam ser tratados como termos descritivos de valor neutro e podem representar tanto ganhos

quanto perdas para a sociedade. Além disso, o grau ou a extensão em que eles estão ocorrendo permanecem abertos a estudos empíricos caso a caso.

No caso da apreciação econômica do setor farmacêutico, trata-se da verificação de que a acumulação do capital não se deu e não se dá exclusivamente às custas da mais valia produzida sobre a força de trabalho, mas também e, talvez, principalmente pela transformação da força de trabalho em consumidor compulsório e compulsivo de sua produção. Nesse sentido, o sofrimento psíquico endêmico e a depressão no mundo contemporâneo devem ser pensados também como projeto e não apenas como consequência das relações de trabalho e do modo de vida contemporâneo.

## **CAPÍTULO 4**

### **FARMACEUTICALIZAÇÃO CAPITALISMO E BIOPOLÍTICA**

Conforme descrito no capítulo anterior, o êxito acumulativo da indústria farmacêutica no capitalismo não parece ter obedecido exatamente ao mesmo roteiro de outros segmentos industriais também exitosos, pois existem nuances que parecem transcender os aspectos econômicos no que diz respeito a controle e poder. Não parece coincidência que tenhamos notícias de apenas dois grandes complexos industriais: um, bélico/militar e outro, médico.

Michel Foucault (1984), ao discutir o nascimento da medicina social, apresenta o conceito de medicalização, que oferece uma nova perspectiva para a questão. Esse mesmo conceito também pode ser considerado a matriz da qual se depreende o de pharmaceuticalização, discutido nesta tese.

De acordo com Zorzanelli e Cruz (2018), Foucault utiliza o conceito de medicalização em dois sentidos: um, referido ao processo que tem lugar entre o final do século XVII e o final do século XIX; outro, assinalado pelo autor como “medicalização indefinida”, que surgiria no final do primeiro e viria até os tempos atuais. No primeiro momento, o objeto da medicalização teria sido o Estado, as cidades e os trabalhadores. No segundo, a medicina colonizaria todo o campo social, fazendo parte do cotidiano dos sujeitos como uma intervenção sem demanda, presente nas escolas, nas famílias, na sexualidade, na alegria, na tristeza, no trabalho, no lazer e no descanso.

Desde a estatização do saber médico no século XVIII alemão, passando pelo projeto político de saneamento que acompanhou a urbanização acelerada das cidades francesas e chegando até meados do século XIX com o higienismo da força de trabalho e da pobreza na Inglaterra industrial, o que se percebe é uma escalada

do conhecimento médico como instância de controle social e moral, bem como da reprodução da força de trabalho. O aumento de seu protagonismo e relevância, associados ao fortalecimento do eixo estrutural do campo médico, levaram a que, a partir dos anos 50 do século XX, a medicina pautasse seu avanço científico não pelas lacunas a serem preenchidas, mas pelo potencial do que o saber médico poderia realizar. Uma espécie de decolagem para a medicalização indefinida e sem fronteiras:

Já não se fala somente da obrigação da limpeza e da higiene para gozar de boa saúde, mas de fenômenos da vida cotidiana que entram no campo de ação do saber médico (...). Modificou-se a atenção da medicina novecentista com agentes patogênicos dos corpos segregados e confinados para o cultivo individual do corpo saudável, exaltado como um ideal. Houve um deslocamento do sonho higienista de isolar e erradicar a doença para um modelo de responsabilidade individual pela saúde. Esse deslocamento é exatamente do que trata o conceito de medicalização hoje (Zorzanelli e Cruz, 2018).

Refletindo sobre os imbricamentos entre a economia e a medicina, Foucault pondera que, além da reprodução da força de trabalho, o novo momento da medicalização potencializa sobremaneira a capacidade autônoma de geração de riqueza pelo campo, na medida em que a saúde se converte em objeto de desejo e, consequentemente, de lucro. Nessa lógica, o produto medicamento adquire centralidade e a indústria farmacêutica, regamente financiada pelas instituições de seguridade social, apropria-se das maiores fatias desse lucro, reduzindo os médicos a intermediários entre oferta e demanda.

O complexo médico industrial como fenômeno do capitalismo avançado, assim como o processo crescente de medicalização, integra, de acordo com a teoria de Foucault, uma nova forma de organização e do exercício do poder político: a biopolítica. Na concepção do autor, o ajustamento da "acumulação dos homens" à acumulação do capital, a articulação de grupos humanos à expansão das forças produtivas e a partição desigual do lucro "foram, em parte, tornados possíveis pelo exercício do biopoder com suas formas e procedimentos múltiplos" (Foucault, 2010, p. 152).

Segundo seu pensamento, a acumulação de homens e a acumulação de capital são processos que não podem ser separados, uma vez que a acumulação de homens, ou da força de trabalho, seria impossível sem o crescimento de um aparelho de produção capaz, ao mesmo tempo, de mantê-los e utilizá-los, assim como, simultaneamente, as técnicas que permitem a multiplicidade cumulativa de homens aceleram a acumulação de capital "as mutações tecnológicas do aparelho de produção, a divisão do trabalho e a elaboração das maneiras de proceder disciplinares mantiveram um conjunto de relações muito próximas. Cada uma das duas tornou possível a outra (...)" (Foucault, 2010, p. 208).

Para entender essa formulação foucaultiana é preciso retomar sua ideia de disciplina como modalidade de exercício ou tecnologia de poder. Tratar-se-ia de um conjunto de métodos que permitiriam o controle minucioso dos corpos das pessoas e proveriam o aumento e a sujeição de suas forças, além de, ao mesmo tempo, sua docilidade/utilidade. Nesse caso, a medicalização indefinida representa um estágio avançado do poder disciplinar, que, de acordo com o autor, seria composto por três instrumentos: a vigilância hierárquica, que sutilmente observa, fiscaliza e controla; a sanção normalizadora, que opera no vazio da lei com micro penalidades ao desvio da

regra e da "normalidade"; e o exame, "mecanismo que liga formação de saber e exercício de poder, dando visibilidade ao indivíduo, documentando-o e fazendo dele um 'caso.'" (Foucault, 2010).

Em especial, na perspectiva do exame como instrumento disciplinar, a difusão do consumo de medicamentos antidepressivos exercerá papel destacado no processo de alinhamento da força de trabalho com a tecnologia da produção, na coletivização e combinação do trabalho individual e na capitalização do tempo de cada trabalhador e trabalhadora (Meneghetti e Sampaio, 2016).

O biopoder, como nova forma de organização e exercício do poder político, seria uma consequência da introdução, pelo liberalismo, de um regime da verdade como princípio de autolimitação da razão governamental. "Em todos estes empreendimentos a propósito da loucura, da doença, da delinquência, da sexualidade (...) trata-se de mostrar como o par 'série de práticas/regime da verdade' forma um dispositivo de saber-poder que marca efetivamente no real aquilo que não existe e o submete legitimamente ao escrutínio do verdadeiro e do falso." (Foucault, 2010, p. 44).

De acordo com Foucault (2010), por muito tempo na história, um dos privilégios característicos do poder soberano foi o direito de vida e morte em relação aos governados. Na prática, contudo, esse direito sempre foi exercido exclusivamente quanto à morte, sendo aquele quanto à vida, apenas a renúncia do exercício sobre a morte. Tratava-se, assim, de causar a morte, ou não a causar, portanto, deixar viver. Fazer morrer, ou deixar viver. Tratou-se, no início, de um tipo histórico de sociedade em que o poder político era exercido pelo confisco, pela extorsão e pelo direito de apropriação dos bens, dos produtos e, em última instância, da vida dos governados. Tudo isso na lógica da supressão, da subtração, da retirada.

Na época clássica e com o avanço do capitalismo liberal, contudo, segundo o pensador, o confisco passou a integrar um conjunto mais amplo de práticas com funções "de incitação, de reforço, de controle, de vigilância, de majoração e de organização das forças que lhe são submetidas: um poder destinado a produzir forças, fazê-las crescer e ordená-las mais do que a barrá-las, dobrá-las ou destruí-las (...)" (Foucault, 2010, p. 146).

A partir de então, o poder seria exercido sobre a vida dos indivíduos como um todo em toda a sua trajetória, sendo esse mesmo poder o definidor dos pontos de fixação dessa vida. A morte, nesse caso, seria a exceção, o momento, justamente, da impossibilidade do exercício do poder.

O desenvolvimento desse novo tipo de poder teria sido engendrado em dois polos fundamentais. O primeiro, centrou-se na visão do corpo como máquina:

... no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos – tudo isso assegurado por procedimentos de poder que caracterizam as disciplinas: anátomo-política do corpo humano. (Foucault, 2010, p. 146).

O segundo, centrou-se no corpo-espécie, atravessado pela mecânica do ser vivo e suporte dos processos biológicos:

... a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e controles reguladores: uma biopolítica da população." (Foucault, 2010, p. 146)



Tratou-se, assim, da entrada dos fenômenos relativos à vida da espécie na ordem do saber e do poder, passando o biológico a ser refletido no político. Fazer viver, ou deixar morrer seria a nova prerrogativa do poder soberano.

Para Zorzanelli e Cruz (2017), o fenômeno da medicalização seria esse território de ação dos dispositivos disciplinares e da biopolítica, na medida em que sua principal característica é a intervenção, o controle médico sobre o indivíduo e sobre a população. Sendo assim, seria natural a interrogação acerca da identidade do novo poder soberano que encontra sustentação para o seu exercício na medicalização.

Foucault considera que o neoliberalismo é justamente esse momento em que o problema econômico já não mais diz respeito a encontrar um espaço livre para a atividade de mercado dentro de uma sociedade política já existente, mas sim o de saber como orquestrar o exercício global do poder político de acordo com os princípios de uma economia de mercado. "O neoliberalismo, portanto, não vai se colocar sob o signo do *laissez-faire*, mas, pelo contrário, sob o signo de uma vigilância, de uma atividade, de uma intervenção permanente" (Foucault, 2010, p. 176).

Nesse sentido, poder-se-ia imaginar algo como uma indistinção entre essa nova modalidade de poder político e a prática da economia de mercado, sendo a dissecação dos corpos humanos vivos além dos recursos da própria natureza, o limite do seu exercício. O mercado, desregulamentado inclusive de regras concorrenciais, portanto, com mãos visíveis, seria o novo poder soberano.

Dessa forma, o fenômeno da medicalização apresenta-se em duas grandes dimensões: uma, que integra o processo de acumulação de capital e diz respeito às mercadorias que o complexo médico industrial, desenvolve, produz, propagandeia e

vende; e outra, da natureza do poder-saber, em que presta serviços dos mais valiosos na perspectiva da biopolítica, como dispositivo fundamental da disciplina, docilização e consequente vampirização dos corpos no contexto financista do neoliberalismo.

Para que possamos compreender a farmaceticalização e seu papel no cenário da sociedade medicalizada, contudo, é necessário adentrar um pouco alguns aspectos do poder e do saber médico, sendo esses uma expressão de prática discursiva, ainda na perspectiva foucaultiana, para quem tais práticas são conjuntos de regras anônimas, históricas, determinadas no tempo e no espaço, que definiram as condições de exercício da função enunciativa em uma época e para uma prática social, econômica, geográfica ou linguística. No entanto, a prática discursiva médica, diferentemente de outras tantas, reivindica para si a prerrogativa exclusiva sobre aspectos como a vida, a dor e a morte.

Portillo *et al.* (1993), evocando a teoria da ação comunicativa de Jürgen Habermas, destacam três dimensões do discurso médico: sua relatividade, sua dimensão mercantil e sua dimensão simbólica. Esta última nos parece de especial interesse quanto ao percurso lógico e dedutivo proposto neste capítulo. Vejamos, porém, cada uma:

Se entiende por relatividad del discurso médico el hecho de tratarse de un discurso cuyas afirmaciones no son verdades absolutas e imperecederas (tal como se pretende), sino que por el contrario varían (tal como toda práctica discursiva) en función de sus condiciones socio-históricas de producción.  
(Portillo *et al.*, 1993)

De acordo com o autor, muitos dos conceitos clínicos, epidemiológicos e de outros aspectos da saúde e da medicina se modificaram com o tempo, como seria de

esperar diante do caráter autocrítico da ciência e da condição ética e ideológica do discurso médico. Esse discurso expressaria, antes de tudo, uma concepção de mundo e uma cosmovisão, que é a dos setores dominantes da cultura ocidental.

Portillo *et al.* (1993) citam estudos em que se pode verificar, por exemplo, a consistente diminuição da mortalidade por tuberculose na Inglaterra em um período no qual a medicina não conhecia medidas curativas. Sua conclusão quanto ao aspecto da relatividade da prática discursiva médica é que, embora tenha se legitimado como discurso infalível, a medicina saberia e curaria menos do que ela mesma crê e faz crer.

Sobre a dimensão mercantil, o autor destaca que, conforme analisamos anteriormente, *"detrás de la medicina está la poderosísima industria farmacéutica; toda la industria y el comercio de la aparatología y la corporación médica, que asume el rol de capitalista, en especial cuando maneja técnicas de diagnóstico o tratamiento altamente sofisticado"* (Barrán, 1993, p. 23).

Nesse sentido, o autor argumenta mediante a apresentação de dados sobre a supremacia dos salários médicos nos Estados Unidos, o que facilmente, ainda que com nuances, seria verificável em diversos outros países. Mesmo que esse seja um aspecto bastante relevante do discurso médico, Portillo *et al.* chamam a atenção quanto ao risco de simplificação, ao identificá-lo como causal da prática discursiva.

Quanto à dimensão simbólica da prática discursiva, que nos aproxima mais da problemática da pharmaceuticalização em questão neste estudo, o autor relembra a longa tradição humana de associação entre a figura do médico e a do xamã.

Com Claude Lévi-Strauss<sup>1</sup>, para quem a eficácia da magia implica a crença na magia, no feiticeiro e na eficácia de suas técnicas, a mobilização discursiva da ambivalência ciência/transcendência presente na profissão médica é discutida nessa dimensão. Em outras palavras, embora exista inequivocamente todo um suporte lógico, teórico, técnico e objetivo no exercício da medicina e mesmo que esse suporte seja a principal fonte legitimadora reivindicada pelo campo, existe também o seu envolvimento, conforme a citação de Berger e Luckman: "nos símbolos imemoriais do poder e do mistério, desde a vestimenta exótica, até a linguagem incompreensível (...)", que reafirma insistentemente uma sacralidade inatingível e confere ao seu saber um status de revelação mística contra a qual não existe defesa ou crítica profana eficiente.

Essa dimensão simbólica é de especial interesse para este estudo, por parecer justamente uma passagem por onde contraintuitivamente, no contexto do Capitalismo, do biopoder, da medicalização e da farmacuticalização, o retorno aos saberes e práticas ancestrais, a aposta em uma ciência desmercantilizada e o convite à introspecção assistida podem fazer da psilocibina a alternativa revolucionária contra a depressão. Será preciso, contudo, atentar para os riscos do que estou chamando de "Efeito Timothy Leary".

Talvez estejamos novamente em um contexto no qual a pesquisa com psicodélicos vive o entroncamento das tendências representadas pelos escritores Aldous Huxley e Alan Grimberg referidas no primeiro capítulo: o enquadramento médico ou o deslumbramento e suas consequências em termos reacionários.

---

<sup>1</sup> "*Le Sorcier et sa magie*", in *Les Temps Modernes*, 4o ano, no. 41, 1949, pp. 3-24. [Em português, no *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro. Tempo Brasileiro. 1975, pp. 193-213].

Examinemos, nesse sentido, a produção científica sobre a correlação entre psilocibina e depressão na última década.

## CAPÍTULO 5

### ESTADO DA ARTE SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA DA CORRELAÇÃO PSILOCIBINA E DEPRESSÃO

A partir de uma revisão qualitativa da produção científica, este capítulo busca reunir informações consistentes sobre alguns dos aspectos da correlação Psilocibina – Depressão, tendo, como quadro de referência metodológica, o processo relativamente padronizado pelas agências mundiais de saúde para o licenciamento de medicamentos, que implica quatro fases de pesquisas: Fase 1 – grupos de 20 a 100 participantes para avaliação preliminar de segurança; Fase 2 – número limitado de participantes para avaliação de segurança e para avaliação de eficácia/dosagem; Fase 3 – Grupos grandes e diversos de participantes para análise de eficácia comparativa de benefícios e riscos; e Fase 4 – milhares de participantes para farmacovigilância e para uso *off-label* (INCA, 2023).

Mesmo que os artigos analisados não reportem estudos que necessariamente integram pesquisas com o objetivo de licenciamento de medicamento, procurou-se contemplar uma amostra capaz de oferecer um painel do conhecimento produzido, levando em conta essas métricas consagradas pelo mercado da saúde e dos medicamentos. A pesquisa e a análise dos artigos foram efetuadas em, aproximadamente, quatro meses.

Foi realizada inicialmente uma pesquisa por artigos científicos na base *WorldwideScience*, pelos termos *psilocibina AND depressão*, em português, inglês e espanhol, entre as datas de 22 a 26 de março de 2023. A pesquisa limitou-se a *papers* publicados no período de 2013 a 2022, objetivando a cobertura da última década de estudos. A base principal de pesquisa reuniu publicações das seguintes bases: *CiNii*, *Directory of Open Access Journals*, *German National Library of Science and*

*Technology, Open AIRE, Pubmed Central e Science.gov*. Foram identificados 139 artigos. Na primeira leitura, vinte e seis artigos foram descartados por não apresentarem Abstracts localizáveis ou compreensíveis. Em segunda análise foram descartados três, que não tratavam de pesquisas com seres humanos. Na terceira análise foram descartados dezessete artigos que não forneciam esclarecimentos suficientes quanto à metodologia utilizada na pesquisa. Nessa fase também foram identificados doze artigos repetidos.

Na última fase, os artigos restantes foram então lidos e sintetizados na íntegra. Por fim, foram aproveitados aqueles representativos da diversidade metodológica da pesquisa no campo, levando-se em conta os estágios de pesquisa para a aprovação de medicamentos e a classificação pelo sistema Qualis de relevância das publicações encontradas. Evitou-se a saturação de dados com a exclusão de artigos cujas metodologias e conclusões não ofereciam dados inovadores. Finalmente, vinte e quatro artigos foram selecionados.

Nesta revisão, nenhum relato de pesquisa foi encontrado que tivesse atingido os Estágios III e IV do processo de desenvolvimento de um novo fármaco a partir da Psilocibina (INCA, 2023).

Dos 24 artigos analisados, todos ainda incluídos no que seriam o I e o II estágio do referido parâmetro metodológico, 14 referem-se a estudos empíricos, 09 a revisões de literatura e 01 a metanálise. Dentre os estudos empíricos, apenas dois são ensaios clínicos randomizados, duplo cego controlados por placebo. Destes, 05 são estudos de desenhos abertos, 03 são estudos de viabilidade e 02 são *surveys*. Há também um estudo de imagens de ressonância magnética funcional e um estudo observacional naturalístico. Dentre as revisões de literatura, existem as

sistematizadas, as integrativas e as de perfil mais exploratório. Essa distribuição dos artigos pode ser melhor visualizada no Quadro I.

## **ESTUDOS EMPÍRICOS**

### **Ensaio Clínicos Randomizados duplo cego e controlados por placebo**

Dos 24 artigos analisados, apenas dois deles relatam pesquisas que podem ser incluídas no seleto rol dos estudos de padrão-ouro para a pesquisa científica no que diz respeito à avaliação da eficácia de intervenções médicas e farmacológicas: *Psilocybin microdosing does not affect emotion-related symptoms and processing: a preregistered field and lab-based study*, publicado em 2021, e *Psilocybin produces substantial and sustained decreases in depression and anxiety in patients with life-threatening cancer: a randomized double-blind trial*, publicado em 2016. Tais estudos poderiam estar entre as fases 2 e 3 de um eventual processo de licenciamento de medicamentos.

O mais recente desses estudos, realizado na Holanda, teve por objetivo investigar se microdoses de Psilocibina – algo entre 5 e 10% de uma dose considerada alucinógena – são capazes de modular o processamento de emoções e produzir redução em sintomas de ansiedade e depressão. Os participantes foram recrutados por meio de anúncios *on-line* e cartazes em locais públicos em Amsterdã.

A fim de serem elegíveis para o estudo, os participantes precisavam ter entre 18 e 65 anos, não ter histórico de doenças psiquiátricas graves ou uso atual de medicamentos psicotrópicos, não ter histórico de abuso de substâncias e não estar grávida ou amamentando. Foram incluídos no estudo 64 participantes, dos quais 32 foram designados para o grupo de psilocibina e 32 para o grupo placebo. Os participantes receberam microdoses de psilocibina ou placebo a cada três dias



durante quatro semanas. A dosagem de psilocibina foi de 0,7 gramas de cogumelos secos, enquanto a dosagem do placebo foi de 0,01 grama. O artigo relata que não houve eventos adversos graves relacionados à administração de psilocibina ou placebo durante o estudo. Alguns efeitos colaterais leves e transitórios, tais como náusea, dor de cabeça e ansiedade, foram verificados, mas não exigiram intervenção médica. Segundo o relato de pesquisa, nenhum dos participantes apresentou sintomas psicóticos ou mania após a administração da substância experimental. Para medir alterações interoceptivas de sintomas depressivos e de ansiedade, foram utilizadas as Escalas: de Obsessão-Compulsão de Yale-Brown (Y-BOCS); de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS); de Estresse Percebido (PSS) e de Depressão, Ansiedade e Estresse-21 (DASS-21).

O estudo conclui não ter sido encontrado efeito significativo da microdosagem de psilocibina na consciência interoceptiva nem no processamento de emoções ou sintomas de ansiedade e depressão. Dentre as principais limitações da pesquisa, os autores reportaram a dificuldade de manutenção do cegamento; a imprecisão da dosagem por se tratarem de cogumelos secos, que contêm psilocibina e não a psilocibina isolada; o expressivo número de desistências de participantes; o fato de ter sido realizada em ambiente controlado, o que não coincide com o uso social de microdoses; e a limitação do tamanho amostral. Essa última limitação enquadraria o estudo, de acordo com os autores, como estudo exploratório preliminar.

O segundo estudo randomizado duplo cego controlado por placebo analisado nesta revisão foi realizado no Centro de Pesquisa de Comportamento Humano da Escola de Medicina da Universidade Johns Hopkins, nos EUA, e publicado em 2016. Em *Psilocybin produces substantial and sustained decreases in depression and anxiety in patients with life-threatening cancer: A randomized double-blind trial*, o

objetivo foi o de avaliar a eficácia e a segurança do uso de psilocibina em pacientes com câncer que apresentavam sintomas de angústia psicológica. Para isso, foram selecionados 566 indivíduos por telefone, dos quais 56 foram randomizados para participar da pesquisa. Os critérios de seleção incluíram diagnóstico de câncer potencialmente fatal e sintomas significativos de angústia psicológica dentre outros fatores médicos e psiquiátricos relevantes. Foram utilizados 51 participantes que completaram, ao menos, uma sessão do tratamento.

Nesse caso, a psilocibina foi oferecida para uso domiciliar em cápsulas de gelatina opacas, tamanho 0, com lactose como preenchedor inativo da cápsula. As doses foram calculadas com base no peso corporal dos voluntários, variando entre 0,3 e 0,4 mg/kg. Os participantes deveriam utilizar o fármaco, pelo menos, 24 horas antes das sessões. Durante as sessões, os participantes foram convidados a deitar-se em um sofá, usando máscara escura e fones de ouvido. Foi oferecido um programa musical e os participantes foram instruídos a tentar manter o foco de atenção em suas experiências internas.

O artigo não fornece detalhes sobre o suporte psicológico oferecido aos pacientes durante as sessões, mas os autores afirmam que os participantes foram monitorados durante as sessões por profissionais de saúde treinados e que o ambiente foi projetado para ser acolhedor e seguro. Além disso, os participantes receberam informações detalhadas sobre a psilocibina e seus possíveis efeitos antes da administração da substância.

Para medir as possíveis variações de percepção dos sintomas depressivos e de ansiedade, os participantes do estudo completaram quatro questionários após a administração de psilocibina: a Escala de Avaliação de Alucinógenos (HRS), a Escala de Cinco Dimensões de Estados Alterados de Consciência (5D-ASC), a Escala de

Misticismo (escala específica da experiência de 9 pontos) e o Questionário de Estados de Consciência (SOCQ).

Algumas intercorrências foram relatadas, tais como: ansiedade, náusea, vômito, dor de cabeça, aumento da pressão arterial, dentre outros sintomas físicos e psicológicos. No entanto, a maioria das intercorrências foi considerada leve a moderada, não exigindo intervenção clínica.

O relato da pesquisa aponta que 11 das 17 medidas terapêuticamente relevantes preencheram os critérios mínimos para demonstrar a eficácia da alta dose de psilocibina na redução dos sintomas da ansiedade e da depressão e na melhora na qualidade de vida. Esses efeitos foram observados tanto no curto prazo (1-2 semanas após a administração da psilocibina) quanto no longo prazo (até 6 meses após a administração). Além disso, a psilocibina foi bem tolerada pelos participantes, com poucos efeitos colaterais graves relatados.

As conclusões do estudo são que a administração de psilocibina em pacientes com câncer e angústia psicológica produziu reduções substanciais e duradouras no humor deprimido e na ansiedade, juntamente com aumentos na qualidade de vida, na sensação de otimismo e na aceitação da morte. Esses resultados foram verificados nos relatos dos próprios sujeitos de pesquisa e também nas avaliações clínicas. A taxa geral de resposta clínica em 6 meses para depressão e ansiedade avaliadas por clínicos foi de 78% e 83%, respectivamente. Por seu turno, a taxa geral de remissão dos sintomas foi de 65% e 57%.

O estudo sugere que a experiência do tipo místico em si, pode exercer papel importante além da intensidade geral do efeito da droga e funcionar como mediador na resposta terapêutica positiva.

Os autores consideram, contudo, que a amostra relativamente pequena (n = 51) altamente educada e predominantemente branca limita a generalidade das conclusões. Da mesma forma, observam que os mecanismos neuro psicofarmacológicos dos efeitos terapêuticos da psilocibina permanecem especulativos.

### **Desenho Experimental aberto não controlado por placebo**

Cinco estudos abertos, realizados nos Estados Unidos e na Inglaterra e publicados entre os anos de 2017 e 2021 procuraram investigar os efeitos da psilocibina, associada ou não a suporte psicológico, em aspectos considerados relevantes em quadros depressivos resistentes, tais como a capacidade de reconhecimento de emoções em rostos, a capacidade cognitiva, a flexibilidade neural e a vivência de experiências subjetivas positivas, dentre outros.

Publicado no *Journal Translational Psychiatry* da *Nature* em 2021, o artigo *Psilocybin therapy increases cognitive and neural flexibility in patients with major depressive disorder* relata a pesquisa desenvolvida por cientistas filiados à *Johns Hopkins University School of Medicine*, da *University of Maryland School of Medicine* e ao *National Institute on Drug Abuse*. A pesquisa investigou os efeitos da terapia com psilocibina em pacientes com Transtorno Depressivo Maior (TDM); mais especificamente, o estudo buscou avaliar se a terapia com psilocibina poderia melhorar a flexibilidade cognitiva e neural em pacientes com TDM. O estudo envolveu a administração de psilocibina em pacientes com o referido transtorno, seguida pela avaliação dos efeitos da substância na flexibilidade cognitiva e neural desses pacientes. Para serem incluídos no estudo, os pacientes precisavam ter entre 21 e 75 anos de idade, atender aos critérios diagnósticos para TDM, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), ter pontuação mínima de

17 na Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D), estar em tratamento estável com antidepressivos por, pelo menos, seis semanas antes do início do estudo e não ter histórico de psicose ou transtornos do espectro bipolar. Foram critérios de exclusão: doença cardiovascular ou renal, história prévia de convulsões ou epilepsia, uso recente de drogas ilícitas ou álcool, gravidez ou amamentação e uso atual ou recente (nas últimas quatro semanas) de medicamentos que poderiam produzir viés. O estudo contou com 24 participantes, sendo 8 homens e 16 mulheres entre 24 e 59 anos, e não houve grupo controle, embora tenham sido criadas duas condições de pesquisa: uma de tratamento imediato e outra de tratamento tardio.

Os participantes realizaram as medições de base e receberam 8 horas de sessões de terapia preparatória, conduzidas durante 2 semanas; depois disso, receberam duas doses de psilocibina em cápsulas de gelatina opaca. A primeira dose foi moderadamente alta, com 20 mg de psilocibina por 70 kg de peso corporal, e a segunda dose foi alta, com 30 mg de psilocibina por 70 kg de peso corporal. As doses foram administradas em duas sessões separadas por cerca de 1,6 semanas. Durante as sessões com psilocibina houve acompanhamento de dois terapeutas; o *setting* contou com música, protetor ocular, penumbra e posição supina em um sofá.

Para as medições propostas foram utilizados: o Teste "*Set-shifting task*", no caso da avaliação da flexibilidade cognitiva; a Ressonância Magnética, para avaliação da dinâmica de conectividade funcional; a Espectroscopia por Ressonância Magnética, para medir a concentração de neuro metabólitos, como o N-acetil-aspartato (utilizado como marcador de densidade neuronal), creatina (marcador de metabolismo celular), colina (marcador de integridade da membrana celular) e glutamato e GABA (dois neurotransmissores).

Segundo os autores, a terapia com psilocibina demonstrou aumentar a flexibilidade cognitiva e neural em pacientes com TDM. Entretanto, esse aumento não parece ser o responsável pelos efeitos antidepressivos do tratamento com a substância. Ainda assim, o estudo registra que melhorias na flexibilidade cognitiva e neural podem representar uma janela de plasticidade aproveitável pelo suporte psicoterapêutico.

Por sua vez, em *Effects of Psilocybin-Assisted Therapy on Major Depressive Disorder: a Randomized Clinical Trial*, também publicado em 2021, o grupo de pesquisadores do Centro de Pesquisa de Comportamento Humano da Escola de Medicina da Universidade Johns Hopkins relata a pesquisa que teve por objetivo investigar o efeito da terapia com psilocibina em pacientes com Depressão Maior. Eram elegíveis para a participação no estudo: adultos de 21 a 75 anos com diagnóstico de TDM, sem uso de medicamentos antidepressivos e sem histórico de transtorno psicótico, de tentativa grave de suicídio ou de hospitalização. Destes, 27 participantes foram randomizados para um grupo de tratamento imediato (15) e um grupo de tratamento tardio (12).

O período de intervenção terapêutica foi de 8 semanas e envolveu, pelo menos, 18 visitas presenciais, incluindo 2 sessões de administração de psilocibina. Os encontros incluíram reuniões preparatórias e de acompanhamento após as sessões com psilocibina. A dose ministrada de psilocibina foi moderadamente alta (20 mg/70 kg) na primeira sessão e foi alta (30 mg/70 kg) na segunda sessão. Os procedimentos para administração de psilocibina e a condução das sessões foram semelhantes aos procedimentos usados nos estudos anteriores do *Center for Psychedelic and Consciousness Research*: música, protetor ocular, penumbra... A

psilocibina foi administrada em cápsulas de gelatina opacas com, aproximadamente, 100 ml de água.

Foi utilizada a Escala de Hamilton para a avaliação da gravidade da depressão (0-7: sem depressão; 8-16: depressão leve; 17-23: depressão moderada;  $\geq 24$ : depressão grave). Uma resposta clinicamente significativa foi considerada 50% ou mais de diminuição da linha de base, enquanto a pontuação de 0 a 7 foi considerada condição de remissão dos sintomas.

Após a sessão de psilocibina, 17 participantes (71%) na primeira semana e 17 participantes (71%) na quarta semana tiveram resposta clinicamente significativa à intervenção ( $\geq 50\%$  de redução na pontuação GRID-HAMD) e 14 participantes (58%) na primeira semana e 13 participantes (54%) na quarta semana preencheram os critérios para remissão da depressão (pontuação  $\leq 7$  GRID-HAMD).

Os autores consideram que o ensaio clínico documentou efeitos antidepressivos substanciais, rápidos e duradouros da terapia assistida com psilocibina entre pacientes com Depressão Maior. Em comparação com os efeitos semelhantes relatados em estudos com a Cetamina, os pesquisadores assinalam as diferenças em termos terapêuticos: os efeitos da cetamina duram geralmente de alguns dias a duas semanas, enquanto a resposta com a psilocibina persistiu por, pelo menos, quatro semanas, com 71% dos participantes continuando a mostrar resposta clinicamente significativa ( $\geq 50\%$  de redução na pontuação GRID-HAMD) na quarta semana de acompanhamento. Além disso, verificou-se que a psilocibina tem baixo potencial de dependência e perfil mínimo de eventos adversos, sugerindo vantagens terapêuticas com menos risco de problemas associados do que a cetamina.

O artigo conclui afirmando que a psilocibina administrada no contexto de psicoterapia de suporte (aproximadamente, 11 horas) produziu efeitos antidepressivos notáveis, rápidos e sustentados. Os tamanhos de efeito relatados neste estudo foram aproximadamente 2,5 vezes maiores que os tamanhos de efeito encontrados em psicoterapia e mais de 4 vezes maiores que os tamanhos de efeito encontrados em estudos psicofarmacológicos de tratamento de depressão. Quanto ao mecanismo de ação da psilocibina, os autores sugerem que a questão exige uma abordagem transdiagnóstica e alertam para a necessidade de novos estudos.

Outro estudo, este realizado por pesquisadores do *Centre for Psychedelic Research do Imperial College London* e publicado em 2017, *Psilocybin with psychological support improves emotional face recognition in treatment-resistant depression*, teve por objetivo investigar se a psilocibina pode melhorar a capacidade de reconhecimento emocional em pacientes com depressão resistente ao tratamento. Para isso, vinte pacientes foram submetidos a duas sessões de tratamento com psilocibina, com uma semana de intervalo entre elas. As sessões foram realizadas em ambiente controlado e supervisionado por profissionais treinados. Os pacientes foram avaliados antes e depois do tratamento com psilocibina, utilizando medidas comportamentais e de neuroimaging.

Os participantes foram recrutados por meio de clínicas psiquiátricas e anúncios publicitários mediante os seguintes critérios: ter entre 18 e 65 anos; ter diagnóstico atual de depressão maior, resistente ao tratamento; ter falhado em, pelo menos, dois tratamentos antidepressivos prévios; estar em tratamento estável com medicação antidepressiva durante, ao menos, seis semanas antes do estudo, e ter a pontuação mínima de 20 na Escala de Depressão de Hamilton. Foram excluídos pacientes com história atual ou passada de transtornos psicóticos, bipolaridade ou



abuso/dependência de substâncias; história atual ou passada de doenças médicas graves; e uso recente de medicamentos que possam interagir com a psilocibina.

Os pacientes tiveram duas sessões de dosagem, separadas por uma semana. Na primeira sessão, os pacientes receberam 10 mg de psilocibina e, na segunda, receberam 25 mg. O suporte psicológico oferecido aos participantes incluiu, antes da dosagem, uma extensa sessão preparatória com seu psiquiatra e psicólogo clínico ou conselheiro designado. Isso envolveu o relato da história pessoal e da experiência com a depressão; esclarecimentos sobre os efeitos subjetivos da psilocibina e a simulação do *setting* da sessão de dosagem. Além do suporte preparatório, foi oferecido um suporte agudo durante as sessões de dosagem, que ocorreram em quarto pré-decorado, com iluminação reduzida, cortinas de tecido e flores na cabeceira. Durante a sessão, os pacientes receberam apoio contínuo de dois membros da equipe treinados em intervenções terapêuticas específicas para a experiência com psilocibina. Após a sessão de dosagem, os pacientes tiveram várias sessões de acompanhamento com seu terapeuta para ajudar a integrar sua experiência com psilocibina na vida cotidiana.

Com a aplicação de um teste de expressões faciais dinâmicas (DEER-T) antes do tratamento, a pesquisa revelou que pacientes com depressão resistente ao tratamento apresentaram prejuízo na cognição emocional em comparação com controles saudáveis. Após o tratamento com psilocibina e o suporte psicológico, os pacientes apresentaram melhora significativa na cognição emocional em comparação com o grupo controle. Além disso, a melhora na cognição emocional correlacionou-se com a redução dos sintomas depressivos. Os autores interpretaram os resultados, sugerindo a capacidade da psilocibina para aumentar a plasticidade cerebral e promover *insights* pessoais. No entanto, sugerem o aprofundamento dos estudos.

Outro estudo aberto com psicodélicos, que foi realizado pelo centro de pesquisa anterior e publicado em 2017, *Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: six-month follow-up*, teve por objetivo investigar se a psilocibina poderia ser um paradigma promissor para a depressão não responsiva, que justificasse mais pesquisas em ensaios duplo-cegos randomizados de controle. Vinte pacientes com depressão maior grave, unipolar e resistente ao tratamento receberam duas doses orais de psilocibina (10 e 25 mg, com 7 dias de intervalo) em ambiente de suporte. Os sintomas depressivos foram avaliados de 1 semana a 6 meses após o tratamento, com a autoavaliação QIDS-SR16.

Os critérios de inclusão foram: idade entre 18 e 65 anos, diagnóstico de transtorno depressivo maior e história de, pelo menos, duas tentativas fracassadas de tratamento. Foram excluídos pacientes com história de transtorno psicótico, transtorno bipolar ou dependência de substância; história de tentativa de suicídio nos últimos dois anos; e história de distúrbio neurológico ou de traumatismo craniano significativo. Os participantes também foram obrigados a interromper qualquer medicação antidepressiva por, no mínimo, duas semanas antes da primeira sessão de psilocibina.

### **Suporte psicológico**

O ambiente das sessões foi uma sala confortável e esteticamente agradável; o *setting* foi projetado para ser amistoso e favorável, com iluminação suave, móveis acolhedores e música. Dois terapeutas estiveram presentes durante toda a sessão. Os terapeutas foram treinados para fornecer apoio psicológico e orientação aos participantes durante a experiência com psilocibina. Os participantes foram incentivados a levar objetos pessoais, como fotografias ou objetos que tivessem significado pessoal para eles. De acordo com o relato, os terapeutas estavam

disponíveis para fornecer apoio e orientação durante a sessão com psilocibina, mas não direcionaram a experiência ou tentaram influenciar os pensamentos ou sentimentos dos participantes.

Assim como no estudo sobre reconhecimento facial, o suporte psicoterapêutico oferecido aos pacientes apresenta três componentes: Preparação (P); Suporte agudo e periagudo (S), e integração (I) (PSI). A Preparação envolve conhecer o paciente, estabelecer um vínculo de confiança, oferecer informações sobre o que pode ser esperado da psilocibina e a melhor forma de navegar por seus efeitos. O Suporte agudo e periagudo envolve estar fisicamente e emocionalmente presente para o paciente antes, durante e após a sessão de ingestão da psilocibina. A Integração, envolve escuta empática ao depoimento do paciente após sua experiência e, eventualmente, a oferta de alguma interpretação sobre o conteúdo da experiência e seu potencial significado. Os pesquisadores atribuíram a sigla PSI para esse protocolo.

O estudo aponta que os resultados foram bastante promissores. A tolerabilidade foi boa, os tamanhos de efeito, grandes, e as melhorias dos sintomas apareceram rapidamente após apenas duas sessões de tratamento com psilocibina e permaneceram significativas 6 meses após o tratamento. Os autores, porém, assinalam a redução do alcance dos achados, dado o desenho do estudo, e ressaltam a importância de que certos padrões de cuidado e apoio psicológico sejam inegociáveis para a segurança dos novos experimentos.

Pesquisadores da *University of Wisconsin* realizaram um estudo, publicado em 2018, cujo objetivo foi investigar a relação entre o aumento da dose de psilocibina e o potencial da psilocibina propiciar efeitos subjetivos positivos em voluntários

saudáveis: *High dose psilocybin is associated with positive subjective effects in healthy volunteers.*

Doze participantes receberam três doses crescentes de psilocibina por via oral (0,3 mg/kg; 0,45 mg/kg; 0,6 mg/kg) ou (18,8–36,6 mg; 27,1–54,0 mg; 36,3–59,2 mg). As sessões se deram em ambiente supervisionado e ocorreram com, no mínimo, quatro semanas de intervalo entre uma e outra. Amostras de sangue e urina, sinais vitais e eletrocardiogramas foram obtidos. Para avaliar os efeitos subjetivos foram utilizados o Questionário de Experiência Mística e o Questionário de Efeitos. Os resultados demonstraram que houve resposta linear significativa relacionada à dose na pontuação total do Questionário de Experiência Mística e na subescala de transcendência de tempo e espaço, mas não na taxa de experiência mística completa.

Os autores concluíram, desse modo, que altas doses de psilocibina provocaram efeitos subjetivos, pelo menos, tão fortes quanto as doses mais baixas e resultaram em efeitos subjetivos persistentes e positivos 30 dias depois, indicando que uma experiência mística completa não era pré-requisito para resultados positivos.

### **Estudos piloto/viabilidade**

Em 2021, pesquisadores do *King's College London* publicaram um artigo relatando um estudo de viabilidade para um projeto de grupo paralelo, randomizado e controlado por placebo: *Psilocybin-assisted therapy for the treatment of resistant major depressive disorder (PsiDeR): protocol for a randomised, placebo-controlled feasibility trial*. O objetivo seria o de colher medidas de viabilidade, tais como: taxas de recrutamento, taxas de abandono e a variação da medida de resultado primário de depressão, para subsidiar um desenho de pesquisa de fase 3. Previsto para ocorrer entre setembro de 2020 e setembro de 2023, a proposta foi a de recrutar 60 participantes em Londres, que não respondem ou são intolerantes a, pelo menos, dois

tratamentos baseados em evidências para TDM. O tamanho da amostra foi definido com base em trabalhos publicados que modelam processos de estimativas de parâmetros para medições contínuas de ensaios de fase inicial. Os participantes deverão obter a pontuação de, ao menos, 14 na Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D) e a pontuação de, no mínimo, 5 em 15 no Método de Estadiamento de Maudsley, que define o grau de resistência ao tratamento na depressão. Os participantes serão randomizados para receber uma única sessão de dosagem de 25mg de psilocibina ou um placebo. Todos os participantes receberão um pacote de terapia psicológica.

O *setting* previsto é um quarto silencioso, mobiliado de forma neutra, com assento reclinável ou cama, máscara para os olhos e fones de ouvido com música relaxante. O tratamento e o placebo consistem em cinco cápsulas de psilocibina 5mg ou cinco cápsulas de placebo inativo (amido 1500), respectivamente. As cápsulas de psilocibina e placebo são fornecidas pela *Compass Pathways*. As cápsulas são ingeridas com água e os participantes são convidados a direcionar seu foco internamente. Um membro da equipe de estudo (geralmente, o terapeuta psicológico) está sempre com o participante. O papel do terapeuta psicológico é fornecer: 1. Apoio prático. 2. Técnicas de respiração e relaxamento. 3. Incentivo a uma curiosidade aberta sobre as experiências à medida que elas surgem. Como parte do acompanhamento, um total de, pelo menos, 4 horas de apoio psicológico pós-dose é fornecido aos participantes. O objetivo da terapia psicológica durante o acompanhamento é a integração e consiste em: 1. Normalização do conteúdo emocional e das experiências pós-dosagem. 2. Exploração emocional e experiencial de material relevante para a depressão. 3. Implementar percepções na vida diária e fornecer estrutura para trabalho psicológico posterior. Os psicoterapeutas neste

estudo foram qualificados profissionalmente e passaram por um curso de treinamento de 3 dias.

A medida de desfecho primário para depressão é a Escala de Avaliação de Depressão de Montgomery Asberg coletada por avaliadores ‘cegos’ e independentes. Também serão utilizadas as escalas QIDS-SR-16 e a de Classificação de Gravidade do Suicídio de Columbia (*Columbia-Suicide Severity Rating Scale – C-SSRS*). É prevista igualmente a coleta de dados de neuroimagem e ômicos para análises de mecanismos e biomarcadores.

Em 2016, os cientistas da mesma instituição publicaram o artigo *Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: an open-label feasibility study*, relatando um estudo cujo objetivo foi examinar a viabilidade de administrar psilocibina a pacientes com depressão resistente ao tratamento como prelúdio para um estudo randomizado controlado maior. Duas doses orais de psilocibina (10 mg e 25 mg), com uma semana de intervalo, foram administradas a 12 pacientes (seis homens, seis mulheres) com depressão maior moderada a grave, unipolar e resistente ao tratamento. Não houve grupo controle. Apoio psicológico foi fornecido antes, durante e após cada sessão. A medida de resultado primário para viabilidade foi a intensidade relatada pelo paciente dos efeitos da psilocibina. Os pacientes foram monitorados quanto a reações adversas durante as sessões de dosagem e acompanhamento clínico e remoto subsequente. Os sintomas depressivos foram avaliados com avaliações padrão de 1 semana a 3 meses após o tratamento, com o Inventário Rápido de Sintomas Depressivos (QIDS), de 16 itens, servindo como o resultado primário de eficácia.

O relato de pesquisa aponta que a intensidade média autoavaliada (em escala de 0–1) foi de 0,51 (DP 0,36) para a sessão de baixa dose e 0,75 (DP 0,27) para a

sessão de alta dose. A psilocibina foi bem tolerada por todos os pacientes e não ocorreram eventos adversos graves ou inesperados. Em relação à linha de base, os sintomas depressivos foram acentuadamente reduzidos em 1 semana (diferença média do QIDS  $-11.8$ , IC 95%  $-9.15$  a  $-14.35$ ,  $p=0.002$ ,  $g$  de Hedges= $3.1$ ) e 3 meses ( $-9.2$ , 95% CI  $-5.69$  a  $-12.71$ ,  $p=0.003$ ,  $g$  de Hedges= $2$ ) após tratamento com altas doses. Melhorias acentuadas e sustentadas na ansiedade e anedonia também foram observadas.

Os autores concluem que a psilocibina tem nova ação farmacológica em comparação com os tratamentos atualmente disponíveis para a depressão (ou seja, agonista do receptor 5-HT<sub>2A</sub>) e, portanto, pode representar uma adição útil às terapias disponíveis para o tratamento da depressão. Advertem, no entanto, quanto à necessidade de se abordar o papel da expectativa e da sugestionabilidade como variáveis nos futuros ensaios controlados randomizados duplo-cegos.

Considerando que o afeto negativo e a plasticidade da rede cerebral podem ser dois alvos transdiagnósticos possivelmente interativos e sensíveis à psilocibina, os pesquisadores da Universidade Johns Hopkins realizaram um estudo piloto com 12 participantes que foram avaliados 1 dia antes, 1 semana depois e 1 mês depois de receber uma dose de 25mg/70kg de psilocibina para testar a hipótese de que a administração de psilocibina leva a mudanças no afeto e correlatos neurais do afeto. Publicado em 2020, *Emotions and brain function are altered up to one month after a single high dose of psilocybin* relata que um dia antes, uma semana depois e um mês depois da administração da psilocibina, os participantes completaram tarefas Stroop de discriminação emocional, reconhecimento emocional e conflito emocional, nessa sequência, com varredura de estado de repouso de olhos abertos em sessões de ressonância magnética. O objetivo foi o de verificar se uma única administração de

uma dose alta (25 mg/70 kg) de psilocibina poderia levar a aumento duradouro no afeto positivo, redução duradoura no efeito negativo, mudança duradoura na resposta neural a estímulos emocionais e mudanças duradouras na conectividade funcional do estado de repouso. Foram utilizados também instrumentos avaliativos como: o Perfil de Estados de Humor (POMS), o Inventário de Estado e Traço de Ansiedade (STAI), o Esquema de Afeto Positivo e Negativo – Formulário X (PANAS-X), a Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS), a Escala de Emoção Positiva Disposicional (DPES), o Big Five Inventory (BFI) e a Tellegen Absorption Scale (TAS).

De acordo com o artigo, os resultados demonstraram que a psilocibina reduziu o afeto negativo e aumentou o afeto positivo; provocou alterações na resposta neural a estímulos afetivos; aumentou a resposta neural a informações emocionais conflitantes nos circuitos de tomada de decisão; aumentou a conectividade funcional do estado de repouso nas redes cerebrais e pôde aumentar o controle de cima para baixo dos processos emocionais. Os autores concluem que os achados do estudo piloto defendem um potencial efeito neuroplástico da psilocibina na rede cerebral. Além disso, a plasticidade dentro das redes cerebrais corticais de ordem superior pode permitir maior modulação do afeto pelos circuitos cognitivos de cima para baixo.

## **Surveys**

Dois dos artigos de pesquisas empíricas analisados na presente revisão referem-se a estudos que utilizaram metodologia de levantamento ou pesquisa de opinião. O mais recente, *Risks and benefits of psilocybin use in people with bipolar disorder: An international web-based survey on experiences of ‘magic mushroom’ consumption*, publicado em 2023, foi realizado por pesquisadores da University of British Columbia, do Canadá; da *University of California San Francisco* e do San Francisco VA Medical Centre, EUA. O estudo foi uma pesquisa *online* baseada na



web. Os participantes foram recrutados por meio de fóruns online e redes sociais e responderam a um questionário sobre suas experiências com o uso de psilocibina para tratar sintomas depressivos em pacientes com transtorno bipolar. Para serem elegíveis os participantes deveriam ter um diagnóstico autorrelatado de transtorno bipolar e ter usado psilocibina para alcançar uma "viagem psicodélica completa". Indivíduos com experiências limitadas à "microdosagem" de psilocibina foram excetuados.

Um total de 541 respostas foram analisadas pela pesquisa. O questionário utilizado foi desenvolvido pelos autores e incluiu uma mistura de perguntas de resposta múltipla, perguntas do tipo Likert e perguntas de texto livre. O questionário foi dividido em três seções: (1) informações demográficas (por exemplo, idade, gênero, etnia, localização geográfica, educação e renda), (2) experiências com o uso de psilocibina para tratar sintomas depressivos em pacientes com transtorno bipolar e (3) outras informações relevantes sobre o uso de psilocibina. Os membros do CREST.BD *Community Advisory Group* foram consultados sobre a redação e apresentação das perguntas do questionário.

Os percentuais de respostas por localidade foram: América do Norte: 77,2%, Europa: 9,4%, Austrália: 2%, América Latina: 1,1%, África: 1,3%, Oriente Médio: 0,7% e Ásia: 0,6%.

As questões objetivas foram analisadas por meio de estatísticas descritivas, como médias e desvios padrão, e testes de hipóteses, como testes t e ANOVA. Além disso, análises de regressão foram realizadas para examinar as associações entre variáveis. As respostas às questões qualitativas foram analisadas por meio de uma análise qualitativa. As respostas foram codificadas em categorias temáticas e subtemáticas, usando o software NVivo. A análise foi conduzida por três autores do

estudo que revisaram independentemente as respostas e discutiram suas interpretações até chegarem ao consenso sobre as categorias temáticas e subtemáticas.

Registrou-se que 88,7% dos participantes relataram ter experimentado, pelo menos, um resultado positivo ou desejado durante ou nos 14 dias após o uso de psilocibina. Os resultados positivos mais comuns relatados pelos participantes foram "sentimentos de conexão com outras pessoas" (69,5%), "sentimentos de paz e tranquilidade" (68,4%) e "sentimentos de felicidade" (57,3%).

Os autores apresentam várias possíveis direções futuras para a pesquisa com psilocibina e transtornos mentais. Eles sugerem que estudos futuros devem se concentrar em replicar e expandir os achados do presente estudo, incluindo o uso de amostras maiores e mais diversificadas. Além disso, eles propõem que estudos futuros devem explorar os mecanismos subjacentes aos efeitos terapêuticos da psilocibina, bem como as possíveis interações entre a psilocibina e outras terapias ou medicamentos. Os autores também sugerem que estudos futuros devem abordar questões relacionadas à segurança e à eficácia da psilocibina em diferentes populações, incluindo pacientes com transtornos mentais graves e idosos. Por fim, os pesquisadores assinalam que estudos futuros devem explorar as implicações éticas e regulatórias do uso de psilocibina no tratamento de transtornos mentais.

As conclusões do estudo indicam que a psilocibina pode ter benefícios terapêuticos para pessoas com transtorno bipolar (TB). Os participantes relataram melhorias significativas em sintomas de depressão e ansiedade após o uso de psilocibina, bem como maior sensação de bem-estar e conexão espiritual. No entanto, os autores também observam que os dados sugerem que os sintomas do TB podem

emergir ou se intensificar após o uso de psilocibina, e que esses riscos devem ser cuidadosamente monitorados em futuros estudos clínicos.

O segundo artigo, *Psychedelic perceptions: mental health service user attitudes to psilocybin therapy* refere-se a um estudo desenvolvido por pesquisadores de universidades irlandesas e foi publicado em 2021. O estudo teve como objetivo levantar dados demográficos, diagnósticos, uso anterior de psicodélicos e outras drogas e atitudes em relação a psicodélicos e terapia com psilocibina por meio de um questionário distribuído a usuários de serviços de saúde mental.

Os participantes foram recrutados do *Tallaght Community Mental Health Service* e do *St Patrick's University Hospital*. Os pesquisadores abordaram pacientes elegíveis, explicaram o estudo e forneceram o formulário de consentimento e o questionário de pesquisa. Os formulários preenchidos foram recolhidos no mesmo dia ou no dia seguinte. O questionário foi respondido por 99 participantes.

Uma escala Likert de 5 pontos (concordo totalmente, concordo, não sei/neutro, discordo e discordo fortemente) foi usada para capturar atitudes sobre psicodélicos e terapia com Psilocibina. A última pergunta (eu estaria disposto a parar gradualmente meus medicamentos para aceitar a psilocibina (cogumelos mágicos) com apoio psicológico se um médico o recomendasse?) continha a opção de texto livre (Se você não estaria disposto, por que não?).

De todos os participantes, 36% concordaram que a psilocibina poderia ser usada para o tratamento de alguns transtornos mentais; 34%, para dor crônica; 31%, para depressão; 24%, para ansiedade; 20%, para transtornos de dependência; 15%, para transtornos psicóticos; 13%, para transtornos alimentares; e 11%, para parar de fumar. Da amostra total, 35% relataram ter conhecimento sobre psicodélicos e 26%, sobre cogumelos mágicos (psilocibina). Um total de 40% concordou que a psilocibina

poderia aumentar a conexão com a natureza; 34%, a conexão com outras pessoas; e 52% concordaram que a psilocibina pode levar a uma experiência mística. Exatamente 30% concordaram que a psilocibina seria útil para sua saúde mental; 55% aceitariam a terapia com psilocibina se um médico recomendasse; e 55% estariam dispostos a interromper seus medicamentos atuais para aproveitar a terapia com psilocibina. Um total de 72% concordou que a psilocibina deveria ser testada para valor medicinal e 59% acreditavam que a psilocibina deveria receber o status de tratamento médico. Também 52% achavam que o governo deveria financiar estudos com psilocibina; 36% concordaram que a psilocibina pode ser desfrutada com segurança recreacionalmente, enquanto 30% concordaram que deveria permanecer ilegal para fins recreativos. Um total de 21% acredita que psicodélicos são viciantes e 20%, que psicodélicos são inseguros mesmo sob supervisão médica.

A conclusão dos pesquisadores é a de que a maioria apoiou mais pesquisas sobre a terapia com psilocibina. Sendo os mais jovens, em especial os que tiveram experiência psicodélica anterior e aqueles com crenças não religiosas demonstraram maior propensão a ter atitudes favoráveis em relação à terapia com psilocibina.

## **FMRI - RSFC**

Um dos artigos, *Psilocybin for treatment-resistant depression: fMRI-measured brain mechanisms*, publicado em 2017, refere-se ao estudo realizado pela equipe do *King's College*, que teve por objetivo apurar os efeitos cerebrais pós-agudos "afterglow" dos psicodélicos serotoninérgicos. Mais especificamente, verificar as mudanças na função cerebral antes e depois do uso da psilocibina por pacientes com depressão resistente ao tratamento, medindo-se, por ressonância magnética funcional (fMRI), o fluxo sanguíneo cerebral (CBF) e a conectividade funcional em estado de repouso dependente do nível de oxigênio no sangue (BOLD) (RSFC). A

Conectividade Funcional em Estado de Repouso (RSFC) é uma técnica usada na neuroimagem funcional para avaliar a conectividade e a comunicação entre diferentes áreas do cérebro, quando um indivíduo não está realizando uma tarefa específica. Dados de neuroimagem pré e pós-tratamento foram coletados de 16 pacientes que receberam 10 mg de psilocibina, seguidas de mais 25 mg, com uma semana de intervalo. O Inventário Rápido de Sintomas Depressivos de 16 itens (QIDS-SR16) foi utilizado para a medida de desfecho clínico primário.

Os autores do estudo verificaram que o tratamento com psilocibina produziu efeitos antidepressivos rápidos e sustentados. O escore médio de depressão (QIDS-SR16) para a semana anterior ao exame pré-tratamento foi de  $16,9 \pm 5,1$  e, para o dia do exame pós-tratamento, foi de  $8,8 \pm 6,2$  (alteração= $-8,1 \pm 6$ ,  $t=-5,2$ ,  $p<0,001$ ). A pontuação média do QIDS-SR16 no início do estudo (triagem) foi de  $18,9 \pm 3$ , mas 5 semanas após o tratamento foi de  $10,9 \pm 4,8$  (alteração= $-8 \pm 5,1$ ,  $t=-6,3$ ,  $p<0,001$ ).

A conclusão da pesquisa foi a de que, por primeira vez, foram documentadas mudanças no fluxo sanguíneo cerebral em estado de repouso e a conectividade funcional pós-tratamento com psilocibina para depressão resistente ao tratamento. As mudanças verificadas na atividade cerebral um dia após o uso de alta dose de psilocibina foram diferentes das que foram observadas durante o estado agudo da experiência psicodélica.

Os dados mostraram que houve diminuição do fluxo sanguíneo na amígdala e que essa diminuição estava correlacionada à diminuição do humor depressivo. Observou-se aumento do RSFC dentro do *Default Mode Network* (DMN), uma rede de regiões cerebrais que estão ativas quando o cérebro está em repouso, ou não engajado em tarefas específicas. Após o tratamento e os aumentos específicos no RSFC entre o Córtex Pré-Frontal Ventromedial (vmPFC) e os nós ilPC bilaterais

(Córtex Pré-Frontal límbico) do DMN verificaram que foram maiores em indivíduos que mantiveram a resposta ao tratamento em 5 semanas. Igualmente foi possível concluir que houve diminuição da conectividade funcional em determinado cluster de regiões pré-frontais do cérebro e que isso também foi preditivo da resposta ao tratamento em 5 semanas. Uma análise exploratória post-hoc revelou que a experiência aguda de 'pico' ou 'mística' durante a sessão de alta dose de psilocibina foi preditiva dessas mudanças no PH RSFC.

### **Estudo Observacional Naturalístico com grupo de controle**

O artigo *Psilocybin microdosers demonstrate greater observed improvements in mood and mental health at one month relative to non-microdosing controls*, publicado em 2022 pela Springer Nature, relata um estudo feito por pesquisadores de instituições canadenses, americanas e holandesas que teve por objetivo examinar mudanças prospectivas quanto à saúde mental, humor e funcionamento cognitivo e psicomotor associadas à microdosagem de psilocibina em comparação com um grupo de controle sem microdosagem.

Para isso, 953 usuários de microdoses e 180 não usuários foram acompanhados por, aproximadamente, 30 dias, sendo os dados integrados por um aplicativo de smartphone. O estudo consistiu em avaliação inicial e avaliação de acompanhamento feita entre 22 e 35 dias depois. O formato das avaliações foi o mesmo para usuários e não usuários de microdoses, e interrogaram sobre práticas psicodélicas, humor e saúde mental do mês anterior, além de apresentaram tarefas que testavam o processamento cognitivo e psicomotor. As habilidades psicomotoras foram medidas usando uma versão adaptada da tarefa de toque do dedo (Finger Tapping Task). A extensão da memória espacial foi avaliada com uma versão adaptada da tarefa Corsi Block-Tapping. A velocidade de processamento foi avaliada

com um Paced Auditory Serial Addition Test (PASAT). Também foram utilizados instrumentos como o Esquema de Afetos Positivos e Negativos (PANAS) e a Escala de Ansiedade e Estresse-21 (DASS-21).

Os autores concluíram que houve associação relativamente consistente entre microdosagem e melhoria da saúde mental. De acordo com o relato da pesquisa, o subgrupo de entrevistados que relatou problemas de saúde mental no momento da avaliação inicial exibiu redução média nos sintomas depressivos, o que resultou em mudança de depressão moderada para leve após, aproximadamente, 30 dias de microdosagem de psilocibina.

*Quadro 1 – Distribuição dos artigos mediante aspectos metodológicos*

Artigo	N. Participantes	Tempo de Duração	Objetivos	Dosagem	Resultados
<b>Ensaio Clínico Randomizado duplo cego e controlado por placebo</b>					
<i>Psilocybin microdosing does not affect emotion-related symptoms and processing: a preregistered field and lab-based study</i> (Marschall, et al., 2021)	64	4 semanas	Investigar se microdoses de Psilocibina – algo entre 5 e 10% de uma dose considerada alucinógena – são capazes de modular o processamento de emoções e produzir redução em sintomas de ansiedade e depressão.	A dosagem de psilocibina foi de 0,7 gramas de cogumelos secos, enquanto a dosagem do placebo foi de 0,01 grama.	O estudo conclui não ter sido encontrado efeito significativo da microdosagem de psilocibina na consciência interoceptiva, nem no processamento de emoções ou sintomas de ansiedade e depressão.
<i>Psilocybin produces substantial and sustained decreases in depression and anxiety in patients with life-threatening cancer: a randomized double-blind trial</i> (Griffiths, et al., 2016)	51	6 meses	Avaliar a eficácia e a segurança do uso de psilocibina em pacientes com câncer que apresentavam sintomas de angústia psicológica.	As doses foram calculadas com base no peso corporal dos voluntários, variando entre 0,3 e 0,4 mg/kg.	A taxa geral de resposta clínica em 6 meses para depressão e ansiedade avaliadas por clínicos foi de 78% e 83%, respectivamente. Por seu turno, a taxa geral de remissão dos sintomas foi de 65% e 57%.
<b>Desenho Experimental aberto não controlado por placebo</b>					
<i>Psilocybin therapy increases cognitive and neural flexibility in patients with major depressive disorder</i> (Doss, et al., 2021)	24	4 semanas	Avaliar se a terapia com psilocibina poderia melhorar a flexibilidade cognitiva e neural em pacientes com TDM.	A primeira dose foi moderadamente alta, com 20 mg de psilocibina por 70 kg de peso corporal, e a segunda dose foi	A terapia com psilocibina demonstrou aumentar a flexibilidade cognitiva e neural em pacientes com TDM. Entretanto, esse aumento não parece ser o responsável pelos efeitos antidepressivos do

Artigo	N. Participantes	Tempo de Duração	Objetivos	Dosagem	Resultados
				alta, com 30 mg de psilocibina por 70 kg de peso corporal.	tratamento com a substância.
<i>Effects of Psilocybin-Assisted Therapy on Major Depressive Disorder: a Randomized Clinical Trial (Davis, et al., 2021)</i>	27	8 semanas	Investigar o efeito da terapia com psilocibina em pacientes com Depressão Maior.	A dose ministrada de psilocibina foi moderadamente alta (20 mg/70 kg) na primeira sessão e foi alta (30 mg/70 kg) na segunda sessão.	A psilocibina administrada no contexto de psicoterapia de suporte (aproximadamente, 11 horas) produziu efeitos antidepressivos notáveis, rápidos e sustentados. Os tamanhos de efeito relatados neste estudo foram aproximadamente 2,5 vezes maiores que os tamanhos de efeito encontrados em psicoterapia e mais de 4 vezes maiores que os tamanhos de efeito encontrados em estudos psicofarmacológicos de tratamento de depressão.
<i>Psilocybin with psychological support improves emotional face recognition in treatment-resistant depression (Stroud et al., 2017)</i>	20	3 semanas	Investigar se a psilocibina pode melhorar a capacidade de reconhecimento emocional em pacientes com depressão resistente ao tratamento.	Os pacientes tiveram duas sessões de dosagem, separadas por uma semana. Na primeira sessão, os pacientes receberam 10 mg de psilocibina e, na segunda, receberam 25 mg.	Após o tratamento com psilocibina e o suporte psicológico, os pacientes apresentaram melhora significativa na cognição emocional em comparação com o grupo controle. Além disso, a melhora na cognição emocional correlacionou-se com a redução dos sintomas depressivos.
<i>Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: six-month follow-up (Carhart-Harris et al., 2017)</i>	20	6 meses	Investigar se a psilocibina poderia ser um paradigma promissor para a depressão não responsiva, que justificasse mais pesquisas em ensaios duplo-cegos randomizados de controle.	Duas doses orais de psilocibina (10 e 25 mg, com 7 dias de intervalo).	A tolerabilidade foi boa, os tamanhos de efeito grandes e as melhorias dos sintomas apareceram rapidamente após apenas duas sessões de tratamento com psilocibina e permaneceram significativas 6 meses após o tratamento.
<i>High dose psilocybin is associated with positive subjective effects in healthy volunteers.</i>	12	3 meses	Investigar a relação entre o aumento da dose de psilocibina e o potencial da psilocibina propiciar efeitos subjetivos positivos em voluntários saudáveis.	Três doses crescentes de psilocibina por via oral (0,3 mg/kg; 0,45 mg/kg; 0,6 mg/kg) ou (18,8–36,6 mg; 27,1–54,0 mg; 36,3–	Altas doses de psilocibina provocaram efeitos subjetivos, pelo menos, tão fortes quanto as doses mais baixas e resultaram em efeitos subjetivos persistentes e positivos 30 dias depois, indicando que uma experiência mística



Artigo	N. Participantes	Tempo de Duração	Objetivos	Dosagem	Resultados
				59,2 mg).	completa não era pré-requisito para resultados positivos.
<b>Estudos piloto/viabilidade</b>					
<i>Psilocybin-assisted therapy for the treatment of resistant major depressive disorder (PsiDeR): protocol for a randomised, placebo-controlled feasibility trial</i> (Rucker et al., 2021)	Recrutar 60 participantes	3 anos	Colher medidas de viabilidade, tais como: taxas de recrutamento, taxas de abandono e a variação da medida de resultado primário de depressão, para subsidiar um desenho de pesquisa de fase 3.	Uma única sessão de dosagem de 25mg de psilocibina ou um placebo.	A medida de desfecho primário para depressão é a Escala de Avaliação de Depressão de Montgomery Asberg coletada por avaliadores 'cegos' e independentes. Também serão utilizadas as escalas QIDS-SR-16 e a de Classificação de Gravidade do Suicídio de Columbia ( <i>Columbia-Suicide Severity Rating Scale – C-SSRS</i> ). É prevista igualmente a coleta de dados de neuroimagem e ômicos para análises de mecanismos e biomarcadores.
<i>Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: an open-label feasibility study</i> (Day et al., 2016)	12	3 meses	Examinar a viabilidade de administrar psilocibina a pacientes com depressão resistente ao tratamento como prelúdio para um estudo randomizado controlado maior.	Duas doses orais de psilocibina (10 mg e 25 mg), com uma semana de intervalo.	A psilocibina tem nova ação farmacológica em comparação com os tratamentos atualmente disponíveis para a depressão (ou seja, agonista do receptor 5-HT2A) e, portanto, pode representar uma adição útil às terapias disponíveis para o tratamento da depressão.
<i>Emotions and brain function are altered up to one month after a single high dose of psilocybin</i> (Barret et al., 2020)	12	1 mês	Verificar se uma única administração de uma dose alta (25 mg/70 kg) de psilocibina poderia levar a aumento duradouro no afeto positivo, redução duradoura no efeito negativo, mudança duradoura na resposta neural a estímulos emocionais e mudanças duradouras na conectividade funcional do estado de repouso.	Uma dose de 25mg/70kg.	Potencial efeito neuroplástico da psilocibina na rede cerebral. Além disso, a plasticidade dentro das redes cerebrais corticais de ordem superior pode permitir maior modulação do afeto pelos circuitos cognitivos de cima para baixo.
<b>Surveys</b>					

Artigo	N. Participantes	Tempo de Duração	Objetivos	Dosagem	Resultados
<i>Risks and benefits of psilocybin use in people with bipolar disorder: An international web-based survey on experiences of 'magic mushroom' consumption</i> (Morton et al., 2023)	541		Questionário sobre experiências com o uso de psilocibina para o tratamento de sintomas depressivos do transtorno bipolar.		88,7% dos participantes relataram ter experimentado, pelo menos, um resultado positivo ou desejado durante ou nos 14 dias após o uso de psilocibina. Os resultados positivos mais comuns relatados pelos participantes foram "sentimentos de conexão com outras pessoas" (69,5%), "sentimentos de paz e tranquilidade" (68,4%) e "sentimentos de felicidade" (57,3%).
<i>Psychedelic perceptions: mental health service user attitudes to psilocybin therapy</i> (Corrigan et al., 2021)	99		Levantar dados demográficos, diagnósticos, uso anterior de psicodélicos e outras drogas e atitudes em relação a psicodélicos e terapia com psilocibina.		A maioria apoiou mais pesquisas sobre a terapia com psilocibina. Sendo os mais jovens, especialmente os que tiveram experiência psicodélica anterior e aqueles com crenças não religiosas demonstraram maior propensão a ter atitudes favoráveis em relação à terapia com psilocibina.
<b>FMRI – RSFC</b>					
<i>Psilocybin for treatment-resistant depression: fMRI-measured brain mechanisms</i> (Carhart-Harris et al., 2017)	16	5 semanas	Verificar as mudanças na função cerebral antes e depois do uso da psilocibina por pacientes com depressão resistente ao tratamento, medindo-se, por ressonância magnética funcional (fMRI), o fluxo sanguíneo cerebral (CBF) e a conectividade funcional em estado de repouso, dependente do nível de oxigênio no sangue (BOLD) (RSFC).	10 mg de psilocibina, seguidas de mais 25 mg, com uma semana de intervalo.	A conclusão da pesquisa foi a de que, por primeira vez, foram documentadas mudanças no fluxo sanguíneo cerebral em estado de repouso e a conectividade funcional pós-tratamento com psilocibina para depressão resistente ao tratamento.
<b>Estudo Observacional Naturalístico com grupo de controle</b>					
<i>Psilocybin microdosers demonstrate greater observed improvements in mood and mental health at one month relative to</i>	1.033	35 dias	Examinar mudanças prospectivas quanto à saúde mental, humor e funcionamento cognitivo e psicomotor associadas à microdosagem de	"Microdosagem".	O subgrupo de entrevistados que relatou problemas de saúde mental no momento da avaliação inicial exibiu redução média nos

Artigo	N. Participantes antes	Tempo de Duração	Objetivos	Dosagem	Resultados
<i>non-microdosing controls</i> (Rootman <i>et al.</i> , 2022)			psilocibina em comparação com um grupo de controle sem microdosagem.		sintomas depressivos, que resultou em mudança de depressão moderada para leve após, aproximadamente, 30 dias de microdosagem de psilocibina.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 2 – Número de participantes, duração, objetivos e conclusões

Número do Estudo	Título	Autores	Método
Estudo 1	<i>Psilocybin produces substantial and sustained decreases in depression and anxiety in patients with life-threatening cancer: A randomized double-blind trial</i>	Roland R. Griffiths, Matthew W. Johnson, Michael A. Carducci, Annie Umbricht, William A. Richards, Brian D. Richards, Mary P. Cosimano e Margaret A. Klinedinst	Ensaio clínico randomizado, duplo-cego e controlado por placebo
Estudo 4	<i>Psilocybin microdosing does not affect emotion-related symptoms and processing: A preregistered field and lab-based study</i>	Josephine Marschall, George Fejer, Pascal Lempe, Luisa Prochazkova, Martin Kuchar, Katerina Hajkova e Michiel van Elk	Ensaio clínico randomizado, duplo-cego e controlado por placebo
Estudo 6	<i>Psilocybin with psychological support improves emotional face recognition in treatment-resistant depression</i>	J. B. Stroud, T. P. Freeman, R. Leech, C. Hindocha, W. Lawn, D.J. Nutt, H.V. Curran e R. L. Carhart-Harris	Desenho experimental aberto, não controlado por placebo
Estudo 7	<i>Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: six-month follow-up</i>	R. L. Carhart-Harris, M. Bolstridge, C. M. J. Day, J. Rucker, R. Watts, D. E. Erritzoe, M. Kaelen, B. Giribaldi, M. Bloomfield, S. Pilling, J. A. Rickard, B. Forbes, A. Feilding, D. Taylor, H. V. Curran e D. J. Nutt.	Desenho experimental aberto, não controlado por placebo
Estudo 18	<i>High dose psilocybin is associated with positive subjective effects in healthy volunteers</i>	Christopher R Nicholas, Kelsey M Henriquez, Michele C Gassman, Karen M Cooper, Daniel Muller, Scott Hetzel, Randall T Brown, Nicholas V Cozzi, Chantelle Thomas e Paul R Hutson	Desenho experimental aberto, não controlado por placebo
Estudo 10	<i>Psilocybin therapy increases cognitive and neural flexibility in patients with major depressive disorder</i>	Doss, M. K., Považan, M., Rosenberg, M. D., Sepeda, N. D., Davis, A. K., Finan, P. H., Smith, G. S., Pekar, J. J., Barker, P. B., Griffiths, R. R., & Barrett, F. S.	Desenho experimental aberto, não controlado por placebo
Estudo 16	<i>Effects of Psilocybin-Assisted Therapy on Major Depressive Disorder A Randomized Clinical Trial</i>	Alan K. Davis, PhD; Frederick S. Barrett, PhD; Darrick G. May, MD; Mary P. Cosimano, MSW; Nathan D. Sepeda, BS; Matthew W. Johnson, PhD; Patrick H. Finan, PhD; Roland R. Griffiths, PhD	Ensaio clínico randomizado, controlado por grupo de tratamento tardio
Estudo 12	<i>Emotions and brain function are altered up to one month after a single high dose of psilocybin</i>	Frederick S. Barrett, Manoj K. Doss, Nathan D. Sepeda, James J. Pekar e Roland R. Griffiths	Estudo piloto aberto

Número do Estudo	Título	Autores	Método
Estudo 21	<i>Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: an open-label feasibility study</i>	Robin L Carhart-Harris, Mark Bolstridge, James Rucker, Camilla M J Day, David Erritzoe, Mendel Kaelen, Michael Bloomfield, James A Rickard, Ben Forbes, Amanda Feilding, David Taylor, Steve Pilling, Valerie H Curran, David J Nutt	Estudo de viabilidade aberto
Estudo 14	<i>Psilocybin-assisted therapy for the treatment of resistant major depressive disorder (PsiDeR): protocol for a randomised, placebo-controlled feasibility trial</i>	James Rucker, Hassan Jafari, Tim Mantingh, Catherine Bird, Nadav Liam Modlin, Gemma Knight, Frederick Reinholdt, Camilla Day, Ben Carter e Allan Young	Estudo de viabilidade de um projeto de grupo paralelo, randomizado e controlado por placebo
Estudo 11	<i>Psilocybin for treatment-resistant depression: fMRI-measured brain mechanisms</i>	Robin L Carhart-Harris, Leor Roseman, Mark Bolstridge, Lysia Demetriou, J Nienke Pannekoek, Matthew B Wall, Mark Tanner, Mendel Kaelen, John McGonigle, Kevin Murphy, Robert Leech, H Valerie Curran e David J Nutt	fMRI - RSFC
Estudo 5	<i>Risks and benefits of psilocybin use in people with bipolar disorder: An international web-based survey on experiences of 'magic mushroom' consumption</i>	Emma Morton , Kimberly Sakai, Amir Ashtari, Mollie Pleet, Erin E Michalak e Josh Woolley	Survey
Estudo 8	<i>Psychedelic perceptions: mental health service user attitudes to psilocybin therapy</i>	Kate Corrigan, Maeve Haran, Conor Mccandliss, Roisin Mcmanus, Shannon Cle, Rebecca Trant, Yazeed Kelly, Kathryn Ledden, Gavin Rush, Veronica O'keane, John Kelly.	Survey
Estudo 13	<i>Psilocybin microdosers demonstrate greater observed improvements in mood and mental health at one month relative to non-microdosing controls</i>	Joseph M. Rootman, Maggie Kiraga, Pamela Kryskow, Kalin Harve2, Paul Stamets, Eesmyal Santos-Brault, Kim P. C. Kuypers e Zach Walsh	Estudo Observacional Naturalístico com grupo de controle
Estudo 19	<i>One-hit wonder - Could the psychedelic drug psilocybin help ease the existential distress common in people with cancer?</i>	Kirsten Weir	Divulgação Científica
Estudo 3	<i>Antidepressive, anxiolytic, and antiaddictive effects of ayahuasca, psilocybin and lysergic acid diethylamide (LSD): a systematic review of clinical trials published in the last 25 years</i>	RG dos Santos, FL Osório, JA Sanches, AC Silva, L Ribeiro, S Verdesati, E Crippa e AW Zuardi	Revisão sistemática
Estudo 24	<i>Nuevos enfoques en el tratamiento de la depresión mayor resistente: Propuesta de estudio piloto de tratamiento con Psilocibina</i>	Albert Teixidó Fortó	Teórico/ Revisão sistemática
Estudo 15	<i>Depression, Mindfulness, and Psilocybin: Possible Complementary Effects of Mindfulness Meditation and Psilocybin in the Treatment of Depression. A Review</i>	Kristin Heuschkel and Kim P.C. Kuypers	Revisão Bibliográfica
Estudo 9	<i>O renascimento da terapia psicodélica: Uma revisão integrativa da literatura</i>	Henrique Da, Cunha Santos, Cássio Ilan, Soares Medeiros	Revisão integrativa da literatura
Estudo 17	The Therapeutic Potential of Psilocybin	Henry Lowe, Ngeh Toyang, Blair Steele, Henkel Valentine, Justin Grant, Amza Ali, Wilfred Ngwa e Lorenzo Gordon	Revisão Bibliográfica
Estudo 20	Rediscovering Psilocybin as an Antidepressive Treatment Strategy	Rene Zeiss, Maximilian Gahr e Heiko Graf	Revisão Bibliográfica
Estudo 22	What is the clinical evidence on psilocybin for the treatment of psychiatric disorders? A systematic review	Henrique Castro Santos e João Gama Marques	Revisão sistemática
Estudo 23	On the Relationship between Classic Psychedelics and Suicidality: A Systematic Review	Richard J. Zeifman, Nikhita Singhal, Leah Breslow, and Cory R. Weissman	Revisão sistemática

Número do Estudo	Título	Autores	Método
Estudo 2	Dose-Response Meta-Analysis of the Effects of Psilocybin in Healthy Humans	Tim Hirschfeld e Timo T. Schmidt	Metanálise

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 3 – Escalas e assistência terapêutica na pesquisa com psilocibina e depressão

Artigo	Escalas Utilizadas	Menção à AT	Descrição de Assistência Terapêutica
<b>Ensaio Clínico Randomizado duplo cego e controlado por placebo</b>			
<i>Psilocybin microdosing does not affect emotion-related symptoms and processing: a preregistered field and lab-based study</i> (Marschall, et al., 2021)	Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS); Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); Perceived Stress Scale (PSS), e Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21)	Não	
<i>Psilocybin produces substantial and sustained decreases in depression and anxiety in patients with life-threatening cancer: a randomized double-blind trial</i> (Griffiths, et al., 2016)	Hallucinogen Rating Scale (HRS); 5-Dimensional Altered State of Consciousness Rating Scale (5D-ASC); Mystical Experience Question (MEC) e The States of Consciousness Questionnaire (SOCQ)	Sim	Os participantes receberam informações detalhadas sobre a psilocibina e seus possíveis efeitos antes da administração da substância. Durante as sessões, os participantes foram convidados a deitar-se em um sofá, usando máscara escura e fones de ouvido. Foi-lhes oferecido um programa musical e foram instruídos a tentar manter o foco de sua atenção em suas experiências internas. Os participantes foram monitorados por profissionais de saúde treinados durante as sessões. O ambiente foi projetado para ser acolhedor e seguro.
<b>Desenho Experimental aberto não controlado por placebo</b>			
<i>Psilocybin therapy increases cognitive and neural flexibility in patients with major depressive disorder</i> (Doss, et al., 2021)	Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D)	Sim	Durante as sessões com psilocibina houve acompanhamento de dois terapeutas; o <i>setting</i> contou com música, protetor ocular, penumbra e posição supina em um sofá.
<i>Effects of Psilocybin-Assisted Therapy on Major Depressive Disorder: a Randomized Clinical Trial</i> (Davis, et al., 2021)	Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D)	Sim	O período de intervenção terapêutica foi de 8 semanas e envolveu, pelo menos, 18 visitas presenciais, incluindo 2 sessões de administração de psilocibina. Os encontros incluíram reuniões preparatórias e de acompanhamento após as sessões com psilocibina. Aproximadamente, 11 horas de suporte terapêutico.
<i>Psilocybin with psychological support improves emotional face</i>	Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D)	Sim	O suporte psicológico oferecido aos participantes incluiu, antes da dosagem, uma extensa sessão

Artigo	Escalas Utilizadas	Menção à AT	Descrição de Assistência Terapêutica
<i>recognition in treatment-resistant depression (Stroud et al., 2017)</i>			preparatória com seu psiquiatra e psicólogo clínico ou conselheiro designado.
<i>Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: six-month follow-up (Carhart-Harris et al., 2017)</i>	<i>Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D); QIDS-SR-16 e Dimension altered states of consciousness questionnaire (11D-ASC)</i>	Sim	Suporte psicológico PSI, centrado em três componentes: preparação (P), apoio agudo e periagudo (S) e integração.
<i>High dose psilocybin is associated with positive subjective effects in healthy volunteers.</i>	<i>Mystical Experience Question (MEC) e Persisting Effects Questionnaire (PEQ)</i>	Não	
<b>Estudos piloto/viabilidade</b>			
<i>Psilocybin-assisted therapy for the treatment of resistant major depressive disorder (PsiDeR): protocol for a randomised, placebo-controlled feasibility trial (Rucker et al., 2021)</i>	<i>Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D); Maudsley Staging Method (MSM); Montgomery Asberg Depression Rating (MADRS); QIDS-SR-16 e Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)</i>	Sim	O papel do terapeuta psicológico é fornecer: 1. Apoio prático. 2. Técnicas de respiração e relaxamento. 3. Incentivo à curiosidade aberta sobre as experiências à medida em que elas surgem. São previstas, pelo menos, 4 horas de apoio psicológico, pós-dose, aos participantes. O objetivo principal da terapia psicológica durante o processo é a integração da experiência e consiste em: a) normalização do conteúdo emocional e das experiências pós-dosagem; b) exploração emocional e experiencial de material relevante para a depressão, e c) Implementação de percepções na vida diária e fornecer estrutura para trabalho psicológico posterior.
<i>Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: an open-label feasibility study (Day et al., 2016)</i>	<i>QIDS-SR16</i>	Sim	Apoio psicológico foi fornecido antes, durante e após cada sessão.
<i>Emotions and brain function are altered up to one month after a single high dose of psilocybin (Barret et al., 2020)</i>	<i>Profile of Mood States (POMS); State-Trait Anxiety Inventory (STAI); Positive and Negative Affect Schedule (PANAS); Big Five Inventory (BFI); Tellegen Absorption Scale (TAS) e, Dispositional Positive Emotion Scales (DPES)</i>	Não	
<b>Surveys</b>			
<i>Risks and benefits of psilocybin use in people with bipolar disorder: An international web-based survey on experiences of</i>	Likert	Não	

Artigo	Escalas Utilizadas	Menção à AT	Descrição de Assistência Terapêutica
<i>'magic mushroom' consumption</i> (Morton et al., 2023)			
<i>Psychedelic perceptions: mental health service user attitudes to psilocybin therapy</i> (Corrigan et al., 2021)	Likert	Não	
<b>FMRI – RSFC</b>			
<i>Psilocybin for treatment-resistant depression: fMRI-measured brain mechanisms</i> (Carhart-Harris et al., 2017)	QIDS-SR16	Não	
<b>Estudo Observacional Naturalístico com grupo de controle</b>			
<i>Psilocybin microdoses demonstrate greater observed improvements in mood and mental health at one month relative to non-microdosing controls</i> (Rootman et al., 2022)	<i>Finger Tapping Task; Corsi Block-Tapping; Paced Auditory Serial Addition Test (PASAT); Positive and Negative Affect Schedule (PANAS), e Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21)</i>	Não	

Fonte: Elaboração própria.

Uma das limitações do estudo relatado neste capítulo é o seu recorte temporal. Ainda que o objetivo tenha sido o de contemplar a variedade metodológica de algumas das principais pesquisas realizadas na última década no sentido de uma possível utilização da Psilocibina como medicamento, nota-se o aumento acentuado na curva de publicações do ano de 2022 para o de 2023. Com as mesmas chaves de pesquisa utilizadas na base de dados Worldwide Science, o número de publicações saltou de 147, para 225 de um ano para o outro, tendo sido feita a checagem no mês 09. Enquanto o texto encontrava-se em redação, diversos novos relatos de pesquisas significativas foram sendo divulgados, sem que fosse possível incluí-los nesta revisão. O que se percebe é que a temática psicodélica vem angariando interesses de novos

pesquisadores e vem fortalecendo sua legitimidade como objeto de pesquisa junto à comunidade acadêmica, além de estar também colecionando avanços em termos regulatórios. Exemplo disso foi a recente decisão do órgão regulador australiano, *Therapeutic Goods Administration* (TGA), no sentido de aprovar em todo o território nacional a prescrição do MDMA e da Psilocibina por psiquiatras, para efeitos terapêuticos (*Therapeutic Goods Administration*, 2023). Essa dinâmica da pesquisa psicodélica tende a antecipar o prazo de obsolescência de revisões de literatura como esta.

Outra limitação do estudo diz respeito à própria antologia dos artigos selecionados. A tentativa de oferecer um panorama mínimo das modalidades metodológicas utilizadas nas pesquisas resultou em maior grau de subjetividade nos critérios de inclusão e exclusão de artigos.

A diversidade metodológica nos estudos com a psilocibina para o tratamento da depressão, entretanto, parece ser uma característica notável desse campo em fase de estruturação. Tanto as propriedades da molécula e seu funcionamento no sistema serotoninérgico, quanto a etiologia e as singularidades da depressão têm requisitado a investigação de mecanismos de ação transdiagnósticos. Isso significa levar em conta que determinadas reações do sistema nervoso central, por exemplo, – assim como aspectos neurobiológicos, ou configurações dos sistemas de neurotransmissores e das redes neurais – podem ser comuns e verificáveis em diversas modalidades de sofrimento mental, além da depressão (Estudo 10). Da mesma forma, processos cognitivos específicos, como o pensamento negativo automático, a ruminação e os vieses de atenção para estímulos, dentre outros, podem estar presentes em diferentes diagnósticos (Estudo 14). O mesmo acontece com as dificuldades na regulação das emoções; com a internalização de experiências



traumáticas, com agentes estressores do ambiente, com a percepção interna de experiências místicas e com muitas outras variáveis de possível mensuração.

Essa abordagem, segundo a qual muitos dos transtornos psíquicos possuem fatores subjacentes comuns, que podem ser mensurados e compartilhados, amplia, por um lado, as possibilidades de conhecimento sobre o tema e, ao mesmo tempo, tensiona, no sentido da criatividade, na confecção dos desenhos de pesquisa e na utilização de instrumentos para a coleta de dados (Estudo 11).

Por outro lado, é possível notar, pela ausência na amostra de artigos desta revisão, a dificuldade de replicação dos estudos sobre psilocibina e depressão. Tal fato pode representar dificuldades no processo de validação científica das hipóteses em teste, uma vez que este ainda se encontra muito tributário dos procedimentos metodológicos médicos e psicofarmacológicos consagrados.

A primazia dos ensaios clínicos randomizados duplo cego e controlados por placebo deve representar um desafio para a pesquisa no campo nos próximos anos e um retardo na oferta de intervenções terapêuticas que já apresentam fortes indícios de eficácia, ao menos, semelhante às existentes, com risco significativamente reduzidos. Atualmente, com os tratamentos farmacológicos existentes, algo entre 30 e 50% dos pacientes não respondem satisfatoriamente e entre 10 e 30% são considerados resistentes ao tratamento (Estudo 19).

O que a absoluta maioria dos estudos analisados demonstra é que existe uma correlação mais favorável do que neutra ou desfavorável entre a Psilocibina e a redução de sintomas depressivos relatados. Evidencia igualmente que, a presença da molécula da psilocibina no corpo é segura, seja em doses ativas, sobre as quais também parece existir consenso, seja em microdoses (Estudos 04, 01, 10, 16, 06, 07, 18, 21, 12, 05, 08, 11 e 13).

Quanto aos mecanismos de ação da psilocibina como agonista do receptor 2A no sistema 5-HT, os estudos revisados que tratam do assunto não apresentaram divergência. Tem sido documentada inequivocamente a modificação na conectividade funcional do cérebro antes e depois do tratamento com a Psilocibina (Estudo 11). Ao que parece, além da sabedoria ancestral, a jovem Neurociência tem protagonizado os maiores avanços do conhecimento científico contemporâneo sobre as propriedades das chamadas substâncias psicodélicas, inclusive a Psilocibina.

Os principais efeitos subjetivos verificados após a ação da Psilocibina poderiam ser classificados como: de percepção, de cognição, emocionais e de "dissolução do ego" (Estudo 20). A referida dissolução do ego, de acordo com relatos de participantes dos estudos, estaria ligada a experiências, como revelações profundas, encontros místicos, sentimento oceânico, beatitude, gratidão, dentre outras experiências do tipo que o psicólogo William James consideraria "variedades da experiência religiosa" (James, 2017).

Com dosagem de 10 a 30 mg de cogumelos desidratados para 70 kg de peso corporal, os efeitos subjetivos apresentam tendência de duração de entre 3 e 6 horas, registrando-se que os efeitos mais agudos são perceptíveis após 30 a 60 minutos da ingestão (Estudo 20). Nos estudos em análise, a métrica mais utilizada para a avaliação de estados basais e finais dos sintomas depressivos foi: a Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D) (Estudos 10, 16, 06 e 14) e o Inventário Rápido de Sintomas Depressivos (QIDS - SR16) (Estudos 07, 14, 24 e 11).

Nota-se, contudo, que diferentemente da pesquisa convencional de medicamentos, os estudos com a Psilocibina analisados nesta revisão têm sinalizado a importância da intervenção psicoterapêutica nos efeitos antidepressivos da

substância. Algum tipo de assistência terapêutica é reportado na maioria dos relatos de pesquisa (Estudos 01, 10, 16, 06, 07, 14 e 24).

Sobre a abordagem terapêutica, já existem delineamentos coincidentes de *set* e de *setting* para a ministração da substância: espaço controlado e amistoso, posição supina, olhos vendados, fones de ouvido e trilha sonora. Além disso, prevalece um roteiro básico de assistência psicoterapêutica que envolve: preparação (P), suporte agudo e periagudo (S) e integração (I).

A preparação diz respeito a conhecer o paciente e seus antecedentes, construindo uma relação de confiança, assim como fornecer algumas informações sobre o que pode ser esperado da psilocibina e a melhor forma de navegar por seus efeitos. O apoio concerne em estar física e emocionalmente presente para o paciente antes, durante e após a sessão de droga aguda, incorporando a escuta empática e a oferta de segurança. Já a integração prevê uma escuta sem julgamento (Estudos 6, 7 e 14). Apesar disso, a assistência terapêutica ainda convoca ao diálogo amplo e decolonial e ao reconhecimento das nossas singularidades.

Nesse sentido, os ritos e as transferências terapêuticas não diferem. Os xamãs, as lideranças religiosas, os psicólogos, os psicanalistas e os demais ouvidores de sofrimentos podem se reunir, buscar convergências e auxiliar nas pesquisas e protocolos de tratamento com psilocibina para a depressão, enquanto seguem com suas abordagens terapêuticas.

Conforme já referido, contudo, é preciso levar em conta que, na trilha do renascimento da ciência psicodélica, o interesse industrial farmacêutico também vem aumentando, o que pode significar um forte impulso à pesquisa, mas também um risco de mudança de enquadramento e de rumo no campo das ciências psicodélicas. Em 2018, a *Compass Pathways Ltd.* sediada em Londres, recebeu a aprovação da

*Food and Drug Administration* (USFDA) dos EUA para o status de “terapia inovadora” para um tratamento com psilocibina para a depressão resistente. No mesmo ano, o USFDA também aprovou o SPRAVATO®, um análogo da cetamina, desenvolvido pela *Johnson & Johnson* para o tratamento do mesmo transtorno.

Em 2019, o *Usona Institut* também recebeu o status de “terapia inovadora” da USFDA para o tratamento da depressão com a psilocibina (Estudo 20). O risco de mudança e de enquadramento diz respeito, portanto, ao de incorporação da psilocibina à lógica pura do mercado e da farmacêuticalização como fenômeno social.

A partir dos resultados e da análise desta revisão qualitativa da produção científica sobre aspectos da correlação Psilocibina - Depressão, podemos concluir: a pesquisa científica da substância psilocibina, presente em alguns tipos de cogumelos, está em franca expansão e poderia ser enquadrada entre as fases II e III da pesquisa para o licenciamento de fármacos. A pesquisa científica mostra-se consistente, multidisciplinar e metodologicamente diversificada. Até aqui, a substância evidencia-se segura clinicamente e eficiente para o enfrentamento da depressão mediante assistência terapêutica com acolhimento, acompanhamento e escuta empática. Ciência e Ritos e Religiões precisam se aproximar.

Sendo assim, qualquer licenciamento por agências de vigilância deve ser observado com muita atenção e cuidado. Da mesma forma, qualquer proibição ao uso livre e individual deve ser contestada e disputada em nome do direito à felicidade inerente à espécie humana.

## **CAPÍTULO 6**

### **PSICANÁLISE E PSILOCIBINA: ALTERNATIVA NÃO FARMACEUTICALIZADA CONTRA A DEPRESSÃO – RELATO CLÍNICO**

O presente capítulo dedica-se ao relato do estudo de caso de um paciente de 55 anos, com diagnóstico psiquiátrico de Depressão Maior, que vinha sendo medicado, nos últimos dezoito anos, com Sertralina. Mais recentemente, com a dose máxima recomendada 200mg. O paciente submeteu-se a um protocolo em construção de terapia psicanalítica assistida com Psilocibina. Os objetivos do relato são reportar a eficiência clínica percebida do processo no tratamento urgente da Depressão persistente, bem como apresentar o delineamento do protocolo proposto. As principais interrogações disseram respeito à viabilidade, à pertinência e às limitações de um manejo clínico com instrumental psicanalítico na terapia assistida com substâncias psicodélicas.

Para isso foram efetuadas tanto a revisão de textos clássicos freudianos como de novos aportes científicos das neurociências. Também foram realizadas cinco sessões de preparação, uma sessão com utilização da substância, três sessões de integração da experiência e duas sessões de checagem. O estudo foi desenvolvido no âmbito do projeto de pesquisa 'Práticas em Clínica do Trabalho' no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP – UnB) sob o registro CAAE 49245615.9.000.5540 e cumpriu os devidos protocolos éticos acadêmicos. Contou também com o assentimento livre e esclarecido do sujeito do estudo.

Por mais de quinze anos tenho ouvido, na clínica psicanalítica, pessoas com diagnóstico psiquiátrico de depressão, atravessando tratamentos com medicamentos antidepressivos simultâneos ao processo analítico. Aparentemente, conforme apresentado no segundo capítulo, o uso de tais medicamentos nos últimos anos

tornou-se regra e não exceção e isso tem se aplicado aos pacientes de diversas idades e contextos sociais que chegam à clínica.

Ao longo desse trajeto pude compreender a importância do entendimento mútuo entre as diversas modalidades terapêuticas e os recursos médicos e farmacológicos disponíveis para o enfrentamento do sofrimento depressivo. Bem assim, pude constatar o estancamento da oferta, pela indústria farmacêutica, de grandes avanços em termos de eficácia, de efetividade e de eficiência no tratamento da depressão, ainda que se trate de uma divisão de medicamentos das mais lucrativas do setor, conforme analisamos no capítulo três.

Da mesma forma, é notório o aumento do conhecimento e do uso de novas e velhas substâncias promissoras para o enfrentamento da depressão. Substâncias ainda não farmacêuticalizadas, que são utilizadas por pacientes deprimidos, também concomitantemente ao processo de análise, em sua justa busca pelo alívio do sofrimento. Nesse sentido, os psicodélicos clássicos, como os cogumelos psilocibinos, têm chamado muito a atenção e é bastante comum que essa temática surja no *setting* analítico contemporâneo.

A fama dos psicodélicos e de seu potencial para a saúde mental não é nova, conforme demonstramos, mas ressurgiu com força nas duas últimas décadas, após o período de congelamento e proscrição, quando se retomou a pesquisa científica sobre o assunto. De acordo com o que pudemos acompanhar no capítulo anterior, os resultados dessa nova geração de estudos têm se mostrado muito promissores e restabelecido o ânimo no campo de batalha contra a depressão.

Na revisão dos artigos científicos, apresentada no capítulo anterior, duas questões inspiraram a realização de um estudo de caso, utilizando o instrumental psicanalítico e a substância em questão para o tratamento de um paciente com

depressão. A primeira delas diz respeito às aproximações teóricas entre os recentes achados da pesquisa neurocientífica e as formulações de Freud sobre o Ego. A segunda, já comentada, refere-se à recorrente menção de oferta de assistência terapêutica presente nos estudos científicos, sem que seus protocolos sejam devidamente apresentados.

### **Depressão: paradigma freudiano**

Uma das mais importantes contribuições da Psicanálise para o entendimento do que chamamos depressão encontra-se no texto de Freud: Luto e Melancolia, publicado em 1917. Nesse documento, Freud caracteriza psiquicamente a Melancolia como um estado de ânimo profundamente doloroso, em que há uma cessação do interesse pelo mundo exterior, a perda da capacidade de amar, a inibição de todas as funções e a diminuição do amor próprio (Freud, 1973, p. 2091, V-II).

De acordo com sua investigação, com exceção de um desses sintomas, todos os demais encontravam-se presentes também nos processos de luto. O sintoma em questão era a perturbação do amor próprio. Para Freud, o paralelo entre o Luto e a Depressão seria bastante justificado na medida em que, em ambos os casos, tratar-se-ia de sofrimentos provocados pela perda de objeto erótico. No caso do luto, contudo, tanto a perda quanto o objeto são conscientes, mas, na melancolia, ambos podem permanecer subtraídos da consciência, sendo a perda de natureza mais ideal.

O trabalho do Luto, de acordo com Freud, consistiria em: o exame da realidade mostraria que o objeto amado não existe mais e exigiria que a libido se desligasse dele, portanto, contra essa exigência, surgiria uma oposição natural, que, quando muito intensa, poderia provocar um apartamento da realidade e uma conservação

alucinatória do objeto; a realidade acabaria vencendo de maneira lenta e paulatina, enquanto o Eu voltaria a ficar livre e isento de toda inibição.

Por seu turno, na Melancolia, observa Freud, além da inibição e da falta de interesse, inerentes ao Eu em trabalho de luto, existe também um empobrecimento do Eu, com extraordinária diminuição do amor próprio, com autocrítica e "delírio de apequenamento". Nesse caso, a perda do objeto teria provocado efeitos no próprio Eu. Teria ocorrido uma identificação com o objeto perdido. Segundo Freud, "A sombra do objeto caiu sobre o próprio eu" (Freud, 1917, p. 2.095).

A identificação com o objeto perdido teria ocorrido por conta de uma eleição de objeto feita em bases narcísicas, na qual o investimento de objeto pode retroceder ao narcisismo diante de alguma contrariedade. "A identificação narcísica com o objeto se converte, então, em um substitutivo da carga erótica, em consequência da qual, não pode ser abandonada a relação erótica, apesar do conflito com a pessoa amada" (Freud, 1917, p. 2.095).

Freud postula também que a Identificação é uma fase preliminar e ambivalente em sua expressão, que o Eu utiliza para a eleição de um objeto. Trata-se de um processo característico da fase oral de desenvolvimento da libido em que está em jogo a incorporação, ou a canibalização do objeto.

Em Luto e Melancolia, Freud considera que as três grandes instituições que compõem o Eu são a consciência (moral), a censura da consciência e o exame da realidade. Na melancolia ocorreria então, de maneira geral, uma espécie de descontentamento com o próprio Eu, sobretudo do ponto de vista moral. A ambivalência característica do processo de identificação, faria com que o conflito existente entre o Eu e o objeto produzisse uma dissociação entre a atividade crítica do Eu e o próprio Eu modificado pela identificação. Segundo o autor:



A análise da Melancolia nos mostra agora que o Eu não pode matar-se, senão quando o retorno da carga de objeto o faz tratar a si mesmo como objeto; isto é, quando pode dirigir contra si mesmo a hostilidade que tem em relação a um objeto; hostilidade que representa a reação primitiva do Eu contra os objetos do mundo exterior (Freud, 1917, p. 2097).

Karl Abraham, que ofertou grande e reconhecida contribuição às formulações de Freud sobre o tema, em seu artigo, "Un breve estudio de la evolución de la libido considerada a la luz de los trastornos mentales" (1924), apresentou hipóteses complementares importantes: a) O depressivo, em seus momentos sãos, é obsessivo; b) O obsessivo é capaz de ativar defesas, para deter o aprofundamento da regressão (da libido). O depressivo não poderia contar com essas defesas, e c) O que se perdeu é uma parte do Eu, o que determina uma atitude ambivalente do sujeito consigo mesmo. Nesse mesmo artigo, Abraham resumiu também os fatores que poderiam representar predisposições ao sofrimento depressivo: 1) Um fator constitucional vinculado a uma excessiva acentuação do erotismo oral; 2) Especial fixação oral, verificada na vida diária através de lamento desproporcional quanto às frustrações e excessivas atividades orais; 3) Dano severo ao narcisismo infantil (sucessivos desenganos); 4) Aparição do primeiro desengano amoroso antes da superação dos desejos edípicos e 5) Repetição do desengano original em épocas posteriores da vida.

Tendo em vista tais aportes teóricos, que constituem a estrutura básica do modelo psicanalítico da Depressão, a terapêutica básica consistiria no ofício regular do analista, de contribuir para que aquilo que é inconsciente advenha à consciência, recuperando-se assim talvez a possibilidade de que à perda objetal possa suceder um processo regular de desligamento libidinal do objeto para reinvestimento em

outros objetos. Levando-se em conta, porém, que o modelo, em seu aspecto dinâmico, enfatiza as defesas do Eu como anteparo ao retorno mais profundo da libido (neurose obsessiva), artifício que não estaria disponível ao depressivo, seria necessária alguma modalidade concomitante e contraditória de fortalecimento do próprio "Eu anterior à sombra do objeto perdido" no tratamento da depressão. Em outras palavras: alguma hipotética possibilidade de restauração ou retificação do narcisismo primário, para uma reconfiguração mais favorável, seja do sistema defensivo neurótico, ou seja, das modalidades e possibilidades de investimento objetal do Eu.

Assim como na primeira fase da clínica psicanalítica, a hipnose foi utilizada na tentativa de produzir "estados hipnóides" (Breuer y Freud, 1893, p.46), para recuperar o comércio de associações de memórias não conscientes causadoras de conversões histéricas. Por sua vez, a molécula Psilocina, presente em alguns tipos de cogumelos, de acordo com os mais recentes estudos da Neurociência, parece ofertar uma nova possibilidade de geração de estados de consciência, os quais podem favorecer o enfrentamento do sofrimento depressivo, talvez sem a efemeridade constatada por Freud quanto ao desarme do sistema defensivo na histeria mediante a hipnose. Lembrando que o uso de cogumelos como substância enteógena, conforme apresentado no primeiro capítulo, é ancestral e difundido por culturas em todas as partes do mundo.

### **Rede Neural de Modo Padrão - DMN**

A revisão sistemática sobre a correlação Psilocibina e Depressão conduziu-nos a um artigo que não integrou a revisão, por não ter emergido a partir das chaves de busca, mas que resultou bastante instigante. Trata-se do artigo: *The entropic brain:*

*a theory of conscious states informed by neuroimaging research with psychedelic drugs.* Relata-se aí o estudo realizado por pesquisadores do *Imperial College London* em 2013 e seu principal objetivo foi o de apresentar uma nova teoria sobre os estados conscientes, utilizando-se princípios da Física, da Neurobiologia e da Psicanálise. O estudo procurou oferecer subsídios para o entendimento de como o cérebro de humanos adultos mantém seu estado consciente de vigília e como esse estado se relaciona com outros estados de consciência. Para isso, observou-se a funcionalidade do cérebro em estados como o REM, a psicose precoce e o psicodélico.

A hipótese do cérebro entrópico propõe que a qualidade de qualquer estado de consciência depende da entropia do sistema em questão, entropia essa que pode ser medida através de parâmetros-chave da função cerebral. De acordo com o princípio da entropia, o aumento da incerteza subjetiva ou “perplexidade” é acompanhado por estados de aumento da desorganização do sistema. O estudo tratou de mensurar, com marcadores bio físico químicos e neuroimagens, esse processo.

O conceito de entropia remete ao fenômeno da “criticalidade auto-organizada”, que, por sua vez, diz respeito a como um sistema complexo, quando forçado a sair do estado estacionário por uma entrada regular de energia, começa a exibir propriedades interessantes até atingir um ponto crítico em uma zona de transição relativamente estreita entre os dois extremos do sistema: a ordem e o caos. Uma das propriedades de tais sistemas críticos seria a propensão para atividades em cascata, desencadeando processos que se propagam por todo o sistema. Um exemplo disso seria o empilhamento de grãos de areia (Carneiro & Charret, 2005) mediante um fluxo regular. A tendência será a de que vá surgindo um monte e que ocorram deslizamentos pontuais em função da interação de cada grão com os vizinhos.

Aumentando o monte, os deslizamentos passam a envolver cada vez mais o sistema inteiro, até ocorrer certa modalidade de organização em que não é possível prever os deslizamentos e ou desmoronamentos. Neste caso, o sistema teria então atingido o estado de criticalidade auto-organizada. De acordo com diversos estudos referidos pelos autores do *Imperial College*, existem evidências crescentes de que a atividade cerebral apresenta esse comportamento crítico.

Nesse sentido, o desenvolvimento cerebral da espécie humana seria marcado por uma capacidade ampliada de supressão de entropia. Diferente do que acontece com outras espécies, o cérebro humano trataria de buscar a permanência num estado de subcriticalidade. Para isso, ou justamente por isso, funções estabilizadoras do sistema, como autorreferência, cognição social, memória e linguagem, dentre outras, teriam lugar destacado no processo evolutivo.

Para a formulação do modelo teórico sugerido no artigo, o conceito metapsicológico freudiano de Ego/Eu, na medida em que foi descrito de forma mecanicista, ou seja, com suficiente materialidade, poderia ser bastante útil ao esclarecimento do processo de supressão de entropia. Isso, porque o Ego/Eu não se apresenta apenas como sensação ou auto percepção de individualidade, mas também como um sistema fundamental que funciona em competição e cooperação com outros processos mentais para determinar a qualidade da consciência. Algo como um "eu conhecedor", que é também um "eu objeto de conhecimento do eu conhecedor".

Freud (1973), ao discorrer sobre processo primário e processo secundário em *Interpretação dos Sonhos*, utiliza diversas formas para descrever a instância da consciência como essa espécie de agente supressor da entropia, claramente presente no material onírico. Nesse sentido, afirma:

O “retorno ao ponto embrionário da vida anímica no sonho” e a formulação de H. Ellis “Um mundo arcaico de vastas emoções e pensamentos imperfeitos” constituem felizes antecipações da nossa teoria dos funcionamentos primitivos durante o dia e livres pela noite. Da mesma forma poderíamos fazer nossa por completo a afirmação de Sully de que o sonho nos apresenta novamente nossas personalidades anteriores sucessivamente desenvolvidas, nosso antigo modo de ver as coisas e aqueles impulsos e formas de reação que nos dominaram há muito tempo. (Freud 1973, p.703).

Da mesma forma que o conceito psicanalítico de Ego/Eu pode auxiliar no entendimento do funcionamento cerebral, de acordo com os autores, a pesquisa sobre o *entropic brain*, também pode ser de grande relevância para o avanço da Psicanálise. Isso, porque o estudo apresentou evidências consistentes de que a Psilocibina, substância psicodélica clássica, ocasiona a interrupção temporária do domínio da Rede Neural de Modo Padrão (DMN) sobre os Lobos Temporais Mediais (MTL) e isso induz a um estado primitivo de consciência, ou seja, a uma “consciência primária”.

Em que medida essas evidências importam à Psicanálise? A Rede Neural de Modo Padrão ou Default Mode Network (DMN), é um complexo circuito de neurônios em uma rede que envolve diversas regiões cerebrais, as quais se ativam consistentemente quando um indivíduo está em estado de repouso, não focado na resposta a estímulos externos. O DMN integra e transmite memória, linguagem e representações semânticas para criar uma “narrativa interna” coerente que integra experiências individuais. "Esta narrativa é central para a construção de um sentido de identidade, molda a forma como nos percebemos e como nos relacionamos com os outros (...) e constitui um componente vital da consciência humana." (Menon, 2023).

Em outras palavras, constatado um século depois das formulações psicanalíticas, trata-se de uma espécie de enraizamento neurofisiológico, portanto, o somático do funcionamento do Ego/Eu.

A pesquisa neurocientífica com respeito ao DMN, ao MLT e a suas interrelações, contudo, ainda é recente e deve apresentar resultados ainda mais reveladores nos próximos anos. De todo modo, o relato sobre o estudo: *The entropic brain: a theory of conscious states informed by neuroimaging research with psychedelic drugs*, realizado pelos pesquisadores do *Imperial College London* em 2013, sob a liderança científica de Robert Carhart-Harris (2014), inspirou-me a realizar, como psicanalista clínico, um estudo de caso, mediante um protocolo, ainda em construção, de terapia psicanalítica assistida com psilocibina para o enfrentamento urgente da depressão.

## **Relato do Caso MW - Terapia assistida Psicanálise e Psilocibina**

De acordo com as experiências científicas recentes, a psilocibina, presente em cogumelos que a humanidade sempre comeu, parece possibilitar repactuações entre o que a Psicanálise entende ainda hoje como Eu, Supereu e Isso. Na clínica cotidiana da depressão, a escuta e a aposta na possibilidade de mesclar processos primários e secundários, recalibrar o narcisismo primário e reconstruir sistemas de defesa do Eu, me parecem um bom direcionamento clínico.

O protocolo utilizado envolveu sete aspectos que foram trabalhados em sessões presenciais de uma hora. A sessão com a Psilocibina teve duração de seis horas:

1. Caracterização do sofrimento depressivo: propor a fala sobre a singularidade do sofrimento, reconhecimento de privações e limitações;
2. Localização na própria história de um período anterior ao sofrimento: remissão às lembranças do Eu anterior ao sofrimento depressivo;
3. Esclarecimento sobre aspectos teóricos e clínicos da terapia psicanalítica assistida com Psilocibina;
4. Formulação de intenções com a sessão de imersão com Psilocibina: convocação do sujeito desejante/questão da fase da vida;
5. Acolhimento e assistência na sessão com ingestão de cogumelos;
6. Integração, escuta de associações pós diluição das resistências/ expansão da consciência do Eu;
7. Acompanhamento de longo prazo. Discurso, hábitos e reconfiguração de circuitos neurais.

O processo envolveu um total de dez sessões: cinco sessões preparatórias norteadas pelos itens de 1 a 4; uma sessão de imersão, três sessões de Integração e duas sessões de acompanhamento de longo prazo. A primeira sessão foi realizada em setembro de 2023.

*1- Caracterização do sofrimento depressivo: propor a fala sobre a singularidade do sofrimento, reconhecimento de privações e limitações;*

*2- Localização na própria história de um período anterior ao sofrimento: remissão às lembranças do Eu anterior ao sofrimento depressivo;*

*3- Esclarecimento sobre aspectos teóricos e clínicos da terapia psicanalítica assistida com psilocibina;*

*4- Formulação de intenções com a sessão de imersão com psilocibina: convocação do sujeito desejante/questão da fase da vida.*

29/09/2023

Em nossa primeira sessão, ofereci a MW a cadeira de frente para a minha poltrona, ou o divã ao lado dela. MW escolheu o divã, mas não se deitou, permaneceu sentado na cabeceira do divã, improvisando um encosto com algumas almofadas.

Ele começou me lembrando que vinha por recomendação de um colega de clínica que é psiquiatra. Disse que tinha algum conhecimento sobre o meu estudo que envolve Psilocibina e Depressão junto ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

Perguntei qual era exatamente o interesse dele na questão.



MW me disse que sofria de Depressão há mais de vinte anos e que já havia tentado muitos tratamentos, que chegaram a aliviar os sintomas, mas nunca resolveram "o problema".

Esclareci que vinha colhendo material para a realização de um estudo de caso, mas que estava no início do processo de construção de um protocolo de assistência terapêutica baseado na psicanálise. Enfatizei que, embora muitos estudos se mostrassem promissores, não havia garantia de sucesso e que ainda existia uma grande carência de estudos sobre riscos. Ele me disse que era médico e buscaria mais esclarecimentos sobre os riscos, mas que estava disposto.

Perguntei então, qual seria exatamente "o problema".

– A depressão!

– E qual é para você o sentimento mais presente na sua depressão?

– Acho que nada é mais marcante do que o sentimento de "menos valia".

– Como seria esse sentimento, você conseguiria descrever?

– É como se eu tivesse sempre que me esforçar muito, para conseguir ser aquilo que as pessoas parecem que já são naturalmente. Como se me faltasse alguma capacidade. Como se eu fosse menos que os demais, mesmo que eu consiga disfarçar e que ninguém perceba.

– E você reconhece esse sentimento já tem vinte anos?

– Talvez já existisse antes, mas já faz pelo menos vinte anos que eu reconheço isso em mim.

– Você consegue lembrar dos seus 35 anos? De quando você reconheceu esse sentimento? Como estava a tua vida? Consegue me contar um pouco? (...)

(...) A sessão seguiu com relatos sobre a faculdade de medicina; sobre o flerte com a marginalidade no final da adolescência e sobre a dificuldade atual de sentir e de "apresentar para a vida" (...).

04/10/2023

(...) MW conta que, alguns dias antes da morte do irmão, havia conseguido que o hospital realizasse alguns procedimentos que a família vinha tentando conseguir já fazia algumas semanas sem obter êxito. Tratava-se, em resumo, de uma intervenção cirúrgica pouco promissora e que exigiria importante mobilização profissional.

– "Eles toparam fazer, porque eu fui falar com cada um e com a direção, porque eu conversei com amigos e amigos de amigos... enfim, fiz o que era possível fazer. Fiz aquilo que meus pais me pediram. Ele só precisava colaborar e não arrumar mais dor de cabeça, mas não. No dia anterior ele avisou que não ia fazer mais nada, fugiu do quarto e quando eu olhei pela janela ele estava lá embaixo no estacionamento com a minha mãe, fumando e morrendo de rir!"

– "Morrendo de rir?"

– Pois é, morrendo de rir... Mas ele sempre foi assim, nunca levou nada a sério, nem a saúde, nem os estudos, nem o trabalho, nem a família... nem o filho ele levou a sério. Se não fosse meu pai e eu, o moleque tava fudido que nem ele. Ele era um perfeito merda!

MW disse que, logo, naqueles dias, o irmão teve uma falência múltipla de órgãos e morreu (ele não tinha 40 anos). Contou também que os pais queriam entrar com uma espécie de queixa contra o hospital relativa à negligência médica. Ele teria manifestado profunda indignação com aquela proposição dos pais.

Perguntei a MW como foram para ele aqueles dias logo após a morte do irmão. Ele contou que só lembrava da família inteira chorando e dele mesmo tendo que resolver

todos os problemas, desde a conta do hospital, até o traslado aéreo do corpo e o sepultamento do irmão.

Perguntei se ele teve algum tempinho para chorar, ou se não deu em meio a tanta choradeira e tanta coisa para resolver. Ele disse que não é de chorar. Não que ele não sinta as coisas, sentir ele sente, mas chorar não costuma não!

– Isso foi uma coisa que eu aprendi cedo, lá em casa ou eu engolia o choro e marchava feito soldado, ou então me olhavam com aquela cara de "ah, você também!".

– Você também o quê?

– Sei lá! você também é fraco, bunda mole, hipossuficiente...

– E como é essa cara de "ah, M., você também é hipossuficiente!"

– É uma cara de "que filhos merdas nós criamos!"

– Nós quem?

– Meu pai e minha mãe, ué?

– E quem diria isso teu pai, ou tua mãe?

– Meu pai, sem dúvida! (...)

(...) Ao longo da sessão MW abordou temas como: sua origem familiar; os valores espartanos do pai, e a doçura e submissão de sua mãe. (...)

11/10/2023

(...) MW contou que muitas coisas nos últimos anos vinham lhe inspirando iniciar uma terapia. Mas que acabava preferindo soluções mais medicamentosas para dar um "Up" e seguir em frente do jeito que dava. Mas que, dessa vez, duas coisas complicadas aconteceram ao mesmo tempo e acabaram deixando ele prostrado. Quando ele procurou S., pediu recomendação de uma terapia que "não desse mole para ele".

Um dos eventos gerou forte angústia em seu relacionamento conjugal e o outro aumentou as incertezas quanto aos rumos e sistema de governança de sua empresa. Perguntei a MW se ele via alguma semelhança entre as duas coisas complicadas que ele estava vivendo.

– Hahaha a única coisa que eu vejo é que eu vou me foder nas duas!

– De que modo em cada uma?

– Vou ficar pobre e desmoralizado!

– Em qual delas pobre e em qual desmoralizado?

– Pobre no... desmoralizado na... não desmoralizado... No fim é uma coisa só... é a grande mentira em que eu vivo (...)

(...) A sessão transcorreu com falas importantes sobre como desfrutar a vida. "Para poder aproveitar o que eu tenho... aqui e agora". MW relatou sua tristeza e sensação de vazio, durante uma grande festa realizada em comemoração dos 80 anos da mãe. "Todo mundo estava feliz, menos eu e eu sei que eu deveria estar" (...)

01/11/2023

– (...) "e como essas intenções, que são do Ego, poderiam orientar uma jornada para antes, ou além do Ego? Como isso funcionaria?"

– (...) como eu te disse, a proposta é, primeiro a gente descobrir como é composta a tua depressão. Como ela é para você. Porque a gente fala depressão, ansiedade, estou com crise de ansiedade, mas o que é para você? Quer dizer, em cada um, ela dói de um jeito. A gente dá o mesmo nome, mas elas são diferentes e cada um tem que saber como a sua lhe entristece, limita, amputa, incapacita, paralisa...(...) depois, a ideia é tentar achar uma espécie de s0, de ponto inicial do sofrimento depressivo, para recuperarmos memórias de um Ego anterior, ainda saudável. E com que objetivo? Com o objetivo de reavivar a possibilidade de não ser assim. Reencontrar,

talvez, em você mesmo, uma vitalidade, uma força anterior a isso. E, aí, sim, construir intencionalidades com a experiência (...) trata-se de evocar o teu desejo de não sentir isso, o teu desejo de viver, o teu desejo de recuperar a tua versão saudável... e a tua capacidade de fantasiar. Não é possível saber se isso tem alguma eficiência durante a ação da Psilocibina. Tudo que a gente sabe, até agora, é que a substância produz uma janela de oportunidade para que o cérebro produza conexões neurais entre territórios de processamento consciente e territórios de processamento inconsciente. Mas, eu não tenho dúvidas de que essas intenções serão marcadores muito importantes para o processo de integração da experiência que faremos depois (...) – (...) "É... o que você está falando, faz... pra mim, né... como você disse, cada um é de um jeito... mas, pra mim, faz pleno sentido (...)

08/11/2023

MW relatou que havia pensado muito nas tais intenções com a experiência "(...) mas acho que simplesmente a intenção de sair da depressão não vale, né?"

Nessa última sessão preparatória trabalhamos com a temática do vale e do valor. Qual seria o vale? O que vale e o que não vale. O que seria a “menos-valia” e o que não seria “menos-valia”. Embora não tenha sido produzida na sessão nenhuma enunciação assertiva a título de intenção, algo como medo e/ou culpa de viver a vida sem depressão parece ter aflorado como um vale a ser cruzado.

##### *5. Acolhimento e assistência na sessão com ingestão de cogumelos*

18/11/2023

*Setting:* a sessão foi realizada em um dos consultórios do Centro de Estudos e Formação em Psicanálise (CAP) de Brasília. O espaço foi preparado com duas poltronas, uma cama e plantas. Durante todo o tempo da sessão, esteve disponível uma mesa com frutas, castanhas e sucos. Foi utilizada a mesma *playlist* que

acompanha as pesquisas com Psilocibina da Universidade Johns Hopkins, com acréscimos musicais solicitados ao paciente dias antes, para o final da experiência.

13:25 - Início da ingestão de 4 g de cogumelos desidratados – aproximadamente, 40 mg de Psilocibina.

13:36 - Fim da ingestão em meio a muita conversa com traços sutis de ansiedade.

13:52 - Preferiu deitar, mas não quis colocar o tapa-olhos.

14:00 - Reportou aumento da frequência cardíaca e sudorese das mãos. Disse também que "a cabeça não estava ansiosa".

14:32 - Levantou-se para ir ao banheiro. Relatou estar bem e vendo com "um filtro amarelo", citou Van Gogh.

15:14 - Levantou-se para ir ao banheiro. Disse que estava legal: "até aqui, tudo bem".

15:17 - Crise de choro. Duração aproximada de 3 minutos.

14:23 - "Uma sensação de júbilo!"

"Uma alegria!"

"Ao mesmo tempo, uma tristeza. Porque esse júbilo vai acabar (chorando).

15:32 - "É curioso que... primeiro a gente modula o sentimento... e daí ele vem... (muito emocionado). Uma profunda gratidão por estar vivo".

– Eu: estar vivo é uma coisa grande, né?

15:40 - "É uma mistura de emoções, júbilo e tristeza... mas, se eu racionalizo, eu perco a conexão".

– Eu: então, não racionalize

16:18 - "As montanhas do Cezane! Que interessante! Todo mundo viu a mesma paisagem, mas ele viu diferente. A visão que ele tinha do mundo fez ele ser quem ele foi". "Que bosta eu estou falando! Nem sei quem é (risada)"

16:23 - "Lembrei do Ionesco, pai do teatro do absurdo... O que ilumina não é a resposta, é a pergunta".

16:28 - "No meio de tanta metafísica, eu preciso mesmo é mijar! (risada)". Sentou-se com a venda e assim permaneceu.

16:52 - "Eu gosto da briga"

17:13 - Levantou-se e foi ao banheiro. Iniciei a *playlist* de 32', para iniciar o aterramento.

#### *6. Integração, escuta de associações pós diluição das resistências/ expansão da consciência do Eu*

Conforme a técnica clínica psicanalítica, optou-se por sugerir ao paciente a fala livre, sem qualquer sugestão de encaminhamento. Nem mesmo a evocação do dia da sessão de imersão, da experiência vivida ou dos efeitos sentidos posteriormente. Da mesma forma, foram mínimas as pontuações do analista, durante a sessão. Foi solicitada ao paciente a inusual gravação das sessões de integração, para efeito de registro e consulta posterior. Houve pronto consentimento. Seguem algumas das principais associações produzidas nas sessões de integração:

22/11/2023

– (...) Ainda processando muita coisa. Mas, ao final da sessão, eu já me senti muito diferente. Internamente. Muito diferente. Consegui me identificar com a referência que eu tinha de mim mesmo, antes da depressão.

– Aí saí, passei uma visita ao meu sogro, que estava internado, saí para jantar com a minha esposa, e comentando. Impressionante. Até engraçado, né? Porque nós fomos para um botecozinho, um restaurante, e estava tendo uma música atrás, e eu, sem perceber, ela me filmando, e eu cantarolando a música. Entendeu? Eu não estava

conversando com ela, não estava nada, estava olhando assim. E eu cantarolando a música, né? E ela filmou. Absolutamente espontâneo.

– Bom, passou. Veio domingo, também estou sem remédio, né? Vai fazer uma semana amanhã. Hoje é quarta? É amanhã. Vai fazer uma semana sem medicação. Absolutamente tranquilo. Ah, uma coisa interessante, no domingo eu dormi umas dez horas. Não bebi nada no sábado, nada, nada, nada. Normal. Mas devo ter dormido umas dez horas no domingo.

– Eu venho observando, né? O meu padrão mental, de lá para cá. Aquelas... Aquelas coisas corriqueiras, né? Ah, tinha que comprar... Vou dar um exemplo bem banal, para você entender. Ah, tem que comprar feijão, porque está sem feijão lá em casa. Aí eu enrolo... E eu ficava, porra, não comprei o feijão. Que merda! Que cara desorganizado, que cara sem compromisso, que não sei o que... Obviamente, tem coisas no dia que você faz, e as que você não faz. Está tudo bem, né? Mas, agora, eu estou vendo que está tudo bem.

– Eu tinha que terminar um documento no fim de semana e não consegui. Quando eu fui deitar, eu falei assim, olha que coisa, quinze dias atrás, eu estaria, porra, não terminei, olha que merda, que coisa que eu invento, não dou conta, entendeu? Ah, não, tudo bem, não terminei, está tudo certo. Estou citando coisas bem cotidianas, porque, efetivamente, era isso que eu interpretava, para entrar dentro daquela espiral negativa.

– Então, fechei minha agenda segunda e terça, para poder resolver coisas lá da parte administrativa, que o meu sócio está viajando, e aí, a pressão dos pacientes, a pressão dos funcionários e tal, e as coisas que eu tinha pensado em fazer, não tinha feito, liguei para essa galera e disse, fecha essa porra dessa agenda a semana inteira.



Vou terminar, pelo menos, essas coisas que estou tentando resolver e está tudo certo.

Aí, no final do dia, estava cansado (...)

06/12/2023

– (...) então... aí é que eu queria ligar a questão da intencionalidade, que eu acho que isso, pelo menos para mim, foi super importante, e a literatura parece que cita isso, mas não sei se cita com tanta relevância a importância da intencionalidade na sessão com o psicodélico. Naquela semana, eu fiquei exatamente tendo a intenção do seguinte, depois dessa sessão, eu não quero ter essas amarguras de me assustar com os fantasmas que eu mesmo crio.

– Então, assim, eu mesmo criava essas coisas, eu mesmo me punia por não ter feito...então, essa intenção foi muito pontual antes da sessão, muito pontual. Isso, em parte, devido ao conhecimento dos gatilhos que me levavam para baixo, então eu, propositalmente, tive muito essa intenção, e durante a sessão, nos momentos em que eu ainda tinha a minha consciência, da minha organização mental, eu procurava exatamente a coisa, não, eu não quero mais ter esse tipo de situação. Bom, então, isso foi maravilhoso para mim.

– (...) E um aspecto, assim, ainda mais os antidepressivos, eles inibem muito a ereção e a sexualidade, você fica meio travado. E, melhorou, assim, fantasticamente. Mais uma vez, não sei se ainda tenho algum resquício de efeito placebo ou não, mas, me parece que até agora, não, sabe.

– Porque, o modo de operar da minha cabeça mudou. Hoje, está tudo bem. Mas, o tudo bem, antes, eu também falava tudo bem, mas eu não sentia tudo bem (...).

– (...) Eu falo... as pessoas que sabem, que é a minha esposa e o meu amigo... olha, não tem nada de mágico, de visões, no meu caso, não tem nada, nada disso, mas o efeito emocional interno, foi impressionante. Impressionante... E eu até conversei com

minha esposa, eu falei, olha, é lógico que tem a curiosidade do barato. Falei pra ela, mas não é isso o que está me movendo, não é isso. Eu não quero mais viver do jeito que eu estava vivendo antes: 200 miligramas de Sertralina que não resolve plenamente, não resolve (...)

06/12/2023

– (...) um aspecto interessante nesses dias, tem hora que vem, ainda, essa memória da inércia, do pensamento, eu lembro do momento de profunda alegria que eu tive. Esse negócio está lá, uma alegria incomensurável. Foi assim, nada de luzes, não, nada, ele veio de... Então, até que eu comecei a rir, a gargalhar, não sabia nem de quê que eu estava gargalhando. Agora, do ponto de vista mental, psicológico, é interessante porque, depois, eu analisando, uma parte de mim tinha um lance, assim, daquela hora em que eu falei do Cezanne, uma parte de mim veio uma fagulha, assim, de tristeza e, logo, logo, eu comecei a chorar. Entendeu? E, aí, logo, logo, eu comecei a chorar e, ao eu perceber que eu estava chorando, de novo, o gatilho falou assim, eu disse a esse cara, para de chorar, eu comecei a rir. Então, alguma coisa dentro da nossa rede neural, sobre o efeito da medicação, ela modula as suas emoções. Você tem uma capacidade de modular a emoção naquele momento muito fácil. Interessante isso.

– (...) o efeito da substância. Pois é. Eu acho que ela facilita isso, sabe? Ela facilita isso, porque é a grande diferença que a gente vai falando, entre a emoção, emoção, o nome que a gente dá a isso, emoção, e a racionalização da coisa. Você pode até falar assim, está tudo bem, ah, meu gatinho morreu. Mas é isso, você fala tudo bem, mas você sente outro lance. Às vezes, coincide com o que você fala, com o que você sente.

– No momento da droga o que eu racionalizava... ah, o Cézanne morreu, chato, o cara morreu. Eu comecei a chorar. Ao mesmo tempo, eu falei, você está chorando por um cara que você nunca nem viu, que idiotice é essa? Aí você começa a rir.

– (...) Sim. Porque, o que me ocorreu naquele momento, pelo menos o que eu sei da história, ou o que minha cabeça construiu também, não sei, ele morava em algum lugar no interior da França e tinha umas montanhas lá em frente à casinha dele. E ele pintou aquelas montanhas de uma maneira que ninguém nunca havia pintado antes. E o fato dele ter enxergado aquilo de uma maneira tão única, fez dele um sujeito especial. Ligando para a minha história, cada um é super especial, porque ele tem uma visão, ou uma coisa que ninguém tem.

– Então, as comparações que a gente usa para poder botar cada um dentro de uma caixa... no fundo, eu acho que era isso que estava me... De alguma maneira, você também reconhecendo a sua especialidade... É... E destruindo uma certa construção que eu fiz (...). Essa comparação com as coisas do dia a dia, que, para mim, fazia-me sofrer imensamente. O fulano conseguiu entrar no *teams heart* de não sei o quê. Você sabe o que é, né? Então, assim, quando eu vi aquele negócio... O fulano conseguiu... que besteira! Hoje eu vejo, eu falo, é uma besteira, e eu falava naquela época. Só naquela época eu falava, era uma besteira, mas não sentia uma besteira. Hoje eu não preciso nem falar, porque é tão idiota isso. Que merda é essa? Você está se comparando com um cara? Nada a ver. E não precisa destruir o cara (...)

– (...) Teve um único momento, assim, de uma sinestesia, alguma coisa assim. Não foi incômodo, mas a palavra certa naquele momento, por exemplo, na hora que eu estava embebido daquela alegria, eu falei, porra, como é bom estar vivo, como é bom estar vivo! Aí você falou sim, é bom estar vivo... eu tive a impressão que você estava falando no meu ouvido, aqui, assim, porque ecoou lá dentro do cérebro. (...) e outro

momento, também... por isso que eu tenho a impressão que o cara fica muito vulnerável ao que se diz naquele momento... depois eu fiquei analisando, eu queria ir ao banheiro, mas não queria perder a viagem. Aí você falou, tem um corpo. E... Isso, naquele contexto, me deu um significado. Então, é isso. Cuide-se, ou, olhe também para esse outro lado biológico, não fique só no mundo da cognição e da fantasia, não. Cuide-se. Tem limites. Então, é mais ou menos a interpretação que eu tive no momento.

#### *7. Acompanhamento de longo prazo. Discurso, hábitos e reconfiguração de circuito neurais*

Embora os extratos das sessões possuam suficiente eloquência no que diz respeito ao antes e ao depois da experiência com a psilocibina, as sessões de integração ocorreram muito próximas à sessão de imersão com a substância. Isso pode, em um primeiro momento, produzir inseguranças quanto à efetividade da supressão dos sintomas depressivos reportada pelo paciente. As sessões de acompanhamento, contudo, realizadas três e seis meses depois, revelaram que após sete meses da ingestão de apenas uma dose de 4,0 gramas de cogumelos psilocibinos desidratados, os resultados favoráveis perduraram. Houve a completa descontinuidade do medicamento antidepressivo, aumento significativo da autoconfiança, do autocuidado, da capacidade de ação e de habilidades sociais.

Mesmo considerando a evidente fragilidade do estudo no que diz respeito a qualquer possibilidade de inferência preditiva, os resultados obtidos por MW foram motivo de muita alegria e otimismo. Além de oferecerem muitos subsídios para a condução de novos experimentos em condições de maior esclarecimento e segurança. A conclusão do estudo de caso é a de que a assistência terapêutica psicanalítica com psilocibina não é impertinente e é viável, podendo, sim, representar

a alternativa eficiente e não farmaceticalizada para o enfrentamento do sofrimento depressivo.

## CONCLUSÕES E OS RISCOS DO “EFEITO TIMOTHY LEARY”

Nosso propósito com essa investigação de Doutorado foi responder, em primeiro lugar, à seguinte questão: **seria a psilocibina a alternativa não farmaceticalizada contra a depressão?**

A resposta, contudo, exigiu um percurso sinuoso e repleto de dificuldades. Percurso sinuoso porque não se trata de pergunta circunscrita a um único campo do saber nem a uma única área de conhecimento. Foi preciso, antes de tudo, conhecer melhor a substância, suas origens, propriedades e usos. Também se mostrou essencial compreender o fenômeno da sociologia médica conhecido como farmaceticalização, o que nos conduziu obrigatoriamente às suas raízes econômicas, além de aspectos filosóficos e políticos. Só então partimos para a exploração da produção científica dos últimos anos e para um estudo aprofundado de caso. Por sua vez, percurso repleto de dificuldades porque, para contemplar cada um desses aspectos, foram necessárias metodologias de pesquisa e de análises diversas, que nem sempre apresentavam interfaces claras entre si.

Percorrendo um pouco da história da utilização de cogumelos por seres humanos tornou-se possível notar três aspectos marcantes. Em primeiro lugar sua aplicação cerimonial e eventual por culturas originárias não inseridas no contexto da produção capitalista nem, tampouco, de adoecimento psíquico endêmico, evidentemente, portanto não medicalizada, ou farmaceticalizada. Aparentemente, seu uso estava atrelado à busca de estados alterados de consciência e à consequente diversificação da percepção e/ou do entendimento acerca de aspectos da vida. Percebe-se também a relativa constância da presença de mediadores nos eventos com os cogumelos.

Em segundo lugar, o estranhamento, a desaprovação e a tentativa de aniquilação das práticas ancestrais com cogumelos pelos colonizadores espanhóis, quando delas tomam conhecimento no processo de conquista da América. O empenho europeu em rechaçar os saberes pré-colombianos, no caso da utilização dos cogumelos, parece proporcional ao fervor do empreendimento em curso, de expandir e reafirmar o cristianismo e o catolicismo na aurora do capitalismo comercial. Ao que parece, o que está em risco diz respeito à hegemonia sobre as modalidades de conforto espiritual e, talvez, do aplacamento de angústias e ansiedades presentes em cada tempo histórico e em cada agrupamento humano. Ainda que, evidentemente, com outra nomenclatura ainda não farmaceticalizada.

Por sua parte, o terceiro aspecto remete à prontidão com que a indústria farmacêutica, já no séc. XX, responde ao potencial da substância e à suscetibilidade da inovação quanto aos interesses econômicos e geopolíticos. Foram apenas treze anos desde a síntese da molécula, ou seja, um ano após o artigo da revista Life, até o seu enquadramento como substância de alto risco e sem uso médico amplamente reconhecido. Mesmo que os estudos do período revelassem o contrário do que dirá a convenção de 1971, a psilocibina foi proscrita e, neste caso, o argumento religioso, como o do colonizador europeu, não parece ser o principal.

Nosso exame do conceito de farmaceticalização e da análise do discurso de usuários de antidepressivos e de pesquisadores médicos permitiu constatar que o processo através do qual o social, o comportamental ou as condições corporais são tratados ou considerados como necessitados de tratamento com medicamentos por médicos e pacientes, encontra um estoque sem fim de possibilidades no sofrimento psíquico, em geral, e no sofrimento depressivo, em especial.

Em outras palavras, não só existe um número cada vez maior de medicamentos, receitados ou não, disponíveis para o tratamento dos diversos sintomas isolados da depressão, como também são ofertados aqueles que podem atuar sobre os efeitos adversos dos primeiros. Sendo que o constante detalhamento sintomático e suas múltiplas possibilidades de agrupamento tendem a ampliar as estatísticas do sofrimento depressivo farmacêuticizado, ou farmacêuticizável: doenças novas para os remédios que já existem e precisam ser vendidos. Talvez o exemplo atual mais caricato disso seja o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG 41 1) do DSM5, que é caracterizado por ansiedade e preocupação excessivas e de difícil controle do indivíduo, que ocorre na maioria dos dias por, pelo menos, seis meses e, segundo o catálogo eletrônico do laboratório Pfizer, já atinge cerca de 264 milhões de pessoas no mundo todo. É tratável com venlafaxina, escitalopram, duloxetina, pregabalina, paroxetina, imipramina... dentre outros.

Estas constatações, somadas ao histórico da psilocibina e de seu potencial, geram desconfiança quanto às possibilidades de manter-se imune à sanha farmacêutica. E a desconfiança se agrava, quando se leva em conta a potência desse segmento industrial.

Acompanhando o processo de acumulação de capital do setor farmacêutico, resulta claro que, se existe uma substância, tal qual a psilocibina dos cogumelos, capaz de se apresentar como alternativa eficiente contra um sofrimento tão complexo e tão generalizado como a depressão, ela terá que vencer nada menos que um Complexo Médico Industrial, ou capitular. Isso será um enfrentamento de Davi contra Goliás. Com a fusão crescente dos setores industrial/tecnológico com o de serviços, isso tudo irrigado com abundante capital, estreitam-se significativamente as possibilidades da substância em, pelo menos, cinco sentidos.



Em primeiro lugar, no que diz respeito à sua visibilidade como substância idônea e digna de ser pesquisada; em segundo quanto às suas possibilidades autônomas de investigação científica e tecnológica, utilizando-se dos recursos disponíveis para outras substâncias; em terceiro, no sentido de sua legitimação e aceitação terapêutica por profissionais de saúde; em quarto, quanto a sua estigmatização popular herdada; e, por último e talvez a principal, no sentido de ser uma substância para enfrentar um sofrimento que foi criado para não ser destruído: a depressão.

Os aportes teóricos relativos ao Biopoder, ainda que controversos, nos permitiram vislumbrar a sofisticação das novas formas de controle perceptíveis no contexto do neoliberalismo. Seja na visão do corpo como máquina, seja na visão do corpo-espécie, o biológico passa a ser refletido no político. A metáfora do soberano que antes deixava viver, ou fazia morrer e que agora faz viver, ou deixa morrer, nos leva a refletir sobre o quanto a depressão pode ocupar um papel fundamental nessa lógica. Legiões de súditos, mergulhados em si, desprovidos de vínculos, de propósitos e de vitalidade autônoma, controlados pelo poder econômico/político e pelo saber biológico para produzir e poder viver. Como, então, responder afirmativamente à pergunta desta tese, diante de cenário tão apocalíptico?

A revisão da produção científica sobre a correlação psilocibina/depressão após a retomada das pesquisas, contudo, revelou aspectos muito importantes que podem representar o início de um trajeto alternativo. Alguns pontos precisam ser destacados. Mesmo com uma amostra limitada de artigos, nota-se que diferentemente do que ocorreu com o Indocibyn/Hofman/Sandoz, os estudos mais recentes partem, em sua maioria, de centros de pesquisas ligados a Universidades e que o sul global marca presença consistente nessas investigações. Mais do que um desenho piramidal em

termos de protagonismo científico, constata-se uma configuração em rede, com diversas modalidades de cooperação acadêmica. Os recursos tecnológicos utilizados não são precários e não foi possível perceber fontes hegemônicas de financiamento. Os resultados que têm sido apresentados, mostram correlações mais favoráveis do que desfavoráveis a uma eficiência da psilocibina no tratamento da depressão. A segurança da substância tem sido confirmada. Percebe-se, na comunidade de pesquisa, uma necessidade, que busca ser contemplada, de apreciação e reconexão quanto aos saberes anteriores ao pensamento científico.

A natureza da ação subjetiva da substância, para além das teorias, dos marcadores neurobiológicos e dos testes psicológicos resulta, porém, ainda inexpugnável, o que parece produzir uma certa blindagem importante quanto ao saber biológico puro e simples. A experiência mística propiciada pela substância é relevante para os resultados positivos. Além de tudo isso, as pesquisas têm demonstrado que a psilocibina produz efeitos significativamente superiores, quando acompanhada de assistência terapêutica, o que pode ser definitivo para que sua farmaceticalização não seja dada como certa.

Da mesma forma, os resultados percebidos no estudo de caso com psilocibina e assistência terapêutica de abordagem psicanalítica a um paciente em depressão por longo período de sua vida podem representar a funda do pequeno Davi, que derrubou o gigante com uma pedra. Fazer falar sobre o sofrimento, ajudar a recobrar o sujeito antes deste e contribuir para o delineamento de perspectivas, além de abrigar a angústia durante a ação da substância e promover a integração do processo, fizeram da experiência algo, talvez, bem mais próximo do que faziam os Olmecas de Huautla de Jiménez, do que uma concessão de vida do capital e do Biopoder.

Ao final da pesquisa, com todos os elementos considerados, temos convicção de que, sim, a psilocibina pode ser a alternativa não farmaceticalizada contra a depressão. Três condições, porém, nos parecem essenciais. A primeira, é o questionamento político sobre o que é, afinal, a epidemia de depressão. A segunda, é atenção da espécie aos tempos, saberes e costumes anteriores à depressão do planeta e a terceira, diz respeito à expansão das consciências para além do individual.

Quanto às perspectivas da psilocibina contra a depressão, no ano atual de 2025, registro o risco do “Efeito Timothy Leary”. O de que uma nova onda de euforia e de otimismo revolucionários façam virar a pequena canoa em que ainda estamos.

## REFERÊNCIAS

- ABRAHAM, J. (2010). Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions. *44*, 603-622. [10.1177/0038038510369368](https://doi.org/10.1177/0038038510369368)
- ABRAHAM, J., & DAVIS, C. (2005). Risking public safety: Experts, the medical profession and 'acceptable' drug injury. *Health, Risk & Society*, (3), 379 – 395.
- ACHILLADELIS e ANTONAKIS (2001) Transformações recentes da indústria farmacêutica: um exame da experiência mundial e brasileira no século XXI, <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000300012>
- ALTHUSSER, L. Aparelhos ideológicos de estado. Rio de Janeiro: Graal, 1992, P.43
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. (5. ed.) Porto Alegre: Artmed.
- ANDREAZZI e KORNIS (2009). Padrões de acumulação setorial: finanças e serviços nas transformações contemporâneas de saúde. [https://digitalrepository.unm.edu/lasm\\_cucs\\_pt/168/](https://digitalrepository.unm.edu/lasm_cucs_pt/168/)
- ARNOLD S. Relman. Assessment of Medical Practices, *Massachusetts Medical Society*, v.303, n.3, p.153, 1980, DOI: <https://doi.org/10.1056/nejm198007173030310>.
- AVERY, R., EISENBERG, M., & SIMON, K. (2012). The impact of direct-to-consumer television and magazine advertising on antidepressant use. *Journal of Health Economics*, (31), 705 -718. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167629612000562?via%3Dihub>
- BARRÁN, J. P. (1993). *La medicalización de la sociedad*. Nordan Comunidad
- BERGER, Peter L; LUCKMANN, Thomas (2007). *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. 27. ed. Petrópolis: Vozes.
- BLOOM, F.E. and LAZERSON, A. (1988). Brain, mind and behavior, 2nd edition. NY, W.H.
- BOTTOMORE, Tom (Org.) (1988). *Dicionário do pensamento marxista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- BREUER, J. y FREUD, S. (1893). El Mecanismo Psíquico de los fenómenos histéricos, Obras Completas. V-I p. 46, Madrid: Editorial Biblioteca Nueva
- CANGUILHEM, G. (2007). *O normal et o patológico* (M. Barros da Motta, Ed.; M. T. Redig de Carvalho Barrocas & L. O. F. Barreto Leite, Trans.). Forense Universitária.
- CARHART-HARRIS, R. L., LEECH, R., HELLYER, P. J., SHANAHAN, M., FEILDING, A., TAGLIAZUCCHI, E., CHIALVO, D. R., & NUTT, D. (2014). The entropic brain: A theory of conscious states informed by neuroimaging research with psychedelic drugs. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, Article 20. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00020>
- CARNEIRO, M. V., & CHARRET, I. C. (2005). A criticalidade auto-organizada na pilha de areia. *Revista Brasileira de Ensino de Física*, 27(4), 571–576. <https://doi.org/10.1590/S1806-11172005000400009>

- CLARKE, A., SHIM, J., MAMO, L., FOSKET, J., & FISHMAN, J. (2003). Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Association*, 68, 161-194. 10.2307/1519765
- CONRAD, P. (2007). *The medicalization of society on the transformation of human conditions into treatable disorders*. The Johns Hopkins University Press
- DE SAHAGÚN, Bernardino. (1999). *Historia General de las cosas de la Nueva España*. "Colección sepan cuantos...". Editorial Porrúa. México, D.F., México. ISBN 968-432-265-8
- DUARTE, A. C. et al. (out. 2015). Análise da Indústria Farmacêutica – Perspectivas e Desafios. Brasília: Núcleo de Estudos e Pesquisas/CONLEG/Senado, (Texto para Discussão nº 183). Disponível em: [www.senado.leg.br/estudos](http://www.senado.leg.br/estudos)
- EHRENBERG, A. (1995). *O culto à performance*. Ideias e Letras.
- ESCOHOTADO, Antonio (1998). História general de las drogas. 7ed. revista y ampliada. Madrid: Alianza Editorial.
- FOUCAULT, M. (1984). *Microfísica do poder*. Graal
- FOUCAULT, M. (1984). O nascimento da medicina social. In: Machado R. (org.). *Microfísica do poder*. Graal.
- FOUCAULT, Michel (2010). *Nascimento da Biopolítica*, Lisboa: Edições 70
- FREUD, S. (1900). La Interpretación de los sueños, *Obras Completas*. V-I, p.703, Madrid: Editorial Biblioteca Nueva
- FREUD, S. (1917). Duelo y Melancolia *Obras Completas*. V-II p. 2091, Madrid: Editorial Biblioteca Nueva
- FREUD, Sigmund (1973). *Obras Completas*, V- II, Madrid, Biblioteca Nueva.
- GUY M. Goodwin, SCOTT T. Aaronson, Oscar ALVAREZ, Peter C. ARDEN, Annie BAKER, James C. BENNETT, Catherine BIRD, and Ekaterina MALIEVSKAIA (2022). Single-Dose Psilocybin for a Treatment-Resistant Episode of Major Depression, Published November 2. DOI: 10.1056/NEJMoa2206443
- HART, Carl (2020). *Drogas para adultos*, Rio de Janeiro, Zahar.
- HOBBSAWM, E. (1995). *Era dos extremos: o breve século XX*. Companhia das Letras.
- JODELET, D. (2001). *As representações Sociais*. Rio de Janeiro: Eduerj
- KORNIS, G. E. M., BRAGA, M. H. & PAULA, P. A. B. (2014). Transformações recentes da indústria farmacêutica: um exame da experiência mundial e brasileira no século XXI. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(3), 885-908. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000300012>
- KRAMER, P. (1993). *Ouvindo o Prozac*. Record
- LOWE, H., TOYANG, N., STEELE, B., VALENTINE, H., GRANT, J., ALI, A., NGWA, W., & GORDON, L. (2021). The Therapeutic Potential of Psilocybin. *Molecules (Basel, Switzerland)*, 26(10), 2948. <https://doi.org/10.3390/molecules26102948>

- MENEGHETTI, G. & SAMPAIO, S. S. (2016). A disciplina como elemento constitutivo do modo de produção capitalista. <https://doi.org/10.1590/1414-49802016.00100014>
- MENON V. (2023). 20 years of the default mode network: A review and synthesis. *Neuron*, 111(16), 2469–2487. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2023.04.023>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2021). Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, Pesquisa Vigitel Brazil,
- MOYNIHAN, R., HEATH, I., & HENRY, D. (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ*, 324(7342), 886-891. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7342.886>
- NEGRI, B. & GIOVANNI, G. (2001). Brasil: radiografia da saúde. Instituto de Economia/Unicamp, Campinas. Instituto de Economia/Universidade Estadual de Campinas (IE/Unicamp), 576220170194.pdf
- OXFORD University Press. (February 19 2025). Oxford English Dictionary. Retrieved from <https://www.oed.com>.
- PAHNKE, W. N. (1966). Drugs and mysticism. *International Journal of Parapsychology*, 8(2), 295–314. <https://www.oed.com/search/dictionary/?scope=Entries&q=entheogen> (12/12/2024)
- PORTILLO, J; BARRÁN J. P; BAYCE, R. (1993). La Medicalización de la Sociedad. Montevideo. Ed. Nordan.
- PSILOCYBIN Research: Johns Hopkins University - Sacred Knowledge <https://spotify.link/6uBjmKJhBDdb>
- QUEIROZ, S. R. R.; GONZÁLES, A. J. V. (2001) Mudanças recentes na estrutura produtiva da indústria farmacêutica. In: NEGRI, B.; DI GIOVANI, G. (Org.). Brasil: radiografia da saúde. Campinas: Instituto de Economia/Universidade Estadual de Campinas (IE/Unicamp), 576220170194.pdf
- RABINOW, P., & ROSE, N. (2006). O conceito de biopolítica hoje. *Política & Trabalho*, (24), 27-57. <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/6600/4156>
- RELMAN, Arnold S. (1980). The New Medical-Industrial Complex, Published October 23, DOI: 10.1056/NEJM198010233031703
- RODRIGUES, Paulo Henrique A., COSTA, Roberta Dorneles e KISS, Catalia, (2018). A evolução recente da indústria farmacêutica brasileira nos limites da subordinação econômica, Mar • <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280104>
- SCHUMPETER, Joseph A. (2000). Entrepreneurship as Innovation. University of Illinois at Urbana-Champaign's Academy for Entrepreneurial Leadership Historical Research Reference in Entrepreneurship. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=1512266>
- SERNA, Jacinto de la (1656). *Tratado de las supersticiones, idolatrías, hechicerías, ritos, y otras costumbres gentílicas de las razas aborígenes de México*, <https://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/tratado-de-las-supersticiones->

[idolatrias-hechicerias-y-otras-costumbres-de-las-razas-aborigenes-de-mexico--0/html/767678a9-7c81-40c5-b6d6-48d7b208289c\\_5.html#l\\_0](https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0194.pdf)

- SIFF, S. (2018). R. Gordon Wasson and the Publicity Campaign to Introduce Magic Mushrooms to Mid-Century America. *Revue française d'études américaines*, N° 156(3), 91-104. <https://doi.org/10.3917/rfea.156.0091>.
- TULUM, Ö., & LAZONICK, W. (2018). Financialized Corporations in a National Innovation System: The U.S. Pharmaceutical Industry. *International Journal of Political Economy*, 47(3–4), 281–316. <https://doi.org/10.1080/08911916.2018.1549842>
- WALTON, S., SCHUMOCK, G., VAN-LEE, K., ALEXANDER, C., MELTZER, D., & STANFFORD, R. (2012). Prioritizing Future Research on Off-Label Prescribing: Results of a Quantitative Evaluation. *Pharmacotherapy*, 28, 1443-1452. <https://doi.org/10.1592/phco.28.12.1443>
- WILLIAMS, S. J.; GABE, J. & DAVIS, P. (2009). *Pharmaceuticals and society: critical discourses and debates*. Blackwell
- WILLIAMS, S. J.; MARTIN, P. & GABE, J. (2011). The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociology of Health & Illness*, 33(5), 710-725. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01320.x>
- WILLIAMS, S. J.; SEALE, C.; BODEN, S.; LOWE, P. & STEINBERG, D. L. (2008). Waking up to sleepiness: Modafinil, the media, and the pharmaceuticalisation of everyday/night life. *Sociology of Health and Illness*, 30(6), 839-855. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01084.x>
- WORLD mental health (2022). Report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- ZORZANELLI, R. T. & CRUZ, M. G. A. (2018). O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. *Interface (Botucatu)*, 22(66), 721-731. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0194.pdf>

## ANEXO I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Estudo: Psilocibina como alternativa não farmacêuticalizada para o tratamento da depressão

Pesquisador Responsável: Newton Duarte Molon

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de um estudo de caso para uma pesquisa. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los.

A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

O objetivo desta pesquisa é acompanhar o participante durante uma sessão terapêutica com a ingestão de cogumelos contendo psilocibina e tem como justificativa apurar os possíveis efeitos da experiência de terapia assistida na redução de sintomas depressivos.

Se o(a) Sr.(a) aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: respeitar as diretrizes fornecidas antes e durante o experimento pelo terapeuta e equipe de assistência; ingerir a dosagem estabelecida de cogumelos desidratados, e permanecer em repouso durante os efeitos subjetivos produzidos.

Toda pesquisa com seres humanos envolve algum tipo de risco. No nosso estudo, de acordo com a revisão da literatura científica, os riscos ou desconfortos mais recorrentes sob o efeito da psilocibina são: sensações de angústia, ansiedade, náuseas, desconforto gástrico, tontura e dor de cabeça. Trata-se, contudo, de uma metodologia ainda em desenvolvimento, o que significa que muitos testes de segurança ainda não foram realizados.

Contudo, esta pesquisa também pode trazer benefícios. Os possíveis benefícios resultantes da participação na pesquisa são a possibilidade de redução de sintomas depressivos e a contribuição para o desenvolvimento científico de tratamentos não farmacêuticalizados para o enfrentamento da depressão.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso o(a) Sr.(a) decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento durante a pesquisa, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber no processo terapêutico em curso.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra algum problema ou dano com o(a) Sr.(a), resultante de sua participação na pesquisa, o(a) Sr.(a) receberá pronto atendimento da equipe e da rede de proteção construída em torno do estudo.

Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto, bem como em todas as fases da pesquisa.



É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como é garantido ao Sr.(a), o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que o(a) Sr.(a) queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Caso o(a) Sr.(a) tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Newton Duarte Molon, aluno do programa de Doutorado em Psicologia Social do Trabalho e das Organizações, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, pelo telefone 61 993958231, endereço SGAN 608 – Sala 29. E-mail ndmolon@gmail.com

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma do(a) Sr.(a) e a outra para os pesquisadores.

#### Declaração de Consentimento

Concordo em participar do estudo intitulado: Psilocibina como alternativa não farmacêutica para o tratamento da depressão

<p>_____ Nome do participante ou responsável</p> <p>_____ Assinatura do participante ou responsável</p>	<p>Data: ____/____/____</p>
---	-----------------------------

<p>_____ Assinatura e carimbo do Pesquisador</p>	<p>Data: ____/____/____</p>
--	-----------------------------

## ANEXO II

### ENTREVISTAS

\*\*\*\* \*Patricia

- Sim, se você achar que eu estiver saindo do contexto, você me chama, eu volto. Sou super tranquila, tá ok? Quero que você: "não, Patrícia, vamos voltar. Tá saindo". Né? Então beleza. Vou começar então dizendo como eu tive o primeiro contato com os remédios antidepressivos. Meu filho, no ano de 2017, início do ano, um certo dia eu levantei para preparar o café da manhã para sairmos para ir à escola e trabalhar. Ele segurou meu braço e disse que se eu sáísse ele se mataria. E meu filho sempre foi muito fechado como o pai, nunca foi de conversar muito, mas sempre foi muito bom, muito responsável, muito dedicado. E eu não estava entendendo que estava acontecendo. Até eu encontrar uma carta dele falando em tirar a própria vida. Ele não chegou às vias de fato. O pai dele não levou muito a sério essa questão de terapia psiquiátrica. Para o pai dele, assim como para muitas pessoas, ainda hoje, isso é coisa de gente louca. Então, resumindo bem a história, eu tive que falar para o pai dele que, ou providenciaria um profissional para tratar do nosso filho, porque se o nosso filho tirasse a própria vida, seria ele e seria eu. Então foi a forma de colocar, na época era meu marido, contra a parede. Então nós fomos atrás e conseguimos... No sétimo psiquiatra nós conseguimos que ele aceitasse por pouco tempo. Medicação ele só usou por 10 dias, não quis mais. E psicólogo também, coincidentemente, acertamos o sétimo psicólogo. E aí nós tivemos a escola que foi muito presente, na época escola Católica de Brasília. A orientadora, como os professores, já conhecia o meu filho desde o oitavo ano, sabiam que se tratava de uma criança... de um rapaz dedicado, que sabia... Eles sempre falavam: "seu filho sabe respeitar uma autoridade, ele é uma ótima influência". Então, em virtude disso, eles deixaram que o meu filho ficasse apenas como aluno ouvinte, porque o que ele queria era desistir de tudo. Enquanto isso, como que eu fiquei? Desesperada. Noite sim, noite não, vigiava. Quando não era eu, era o pai. E por conta disso eu precisei procurar também um psiquiatra, um profissional que me ajudasse para eu conseguir ajudar o meu filho. Foi então que eu entrei em contato com meu primeiro psiquiatra, foi o doutor Adelmo, no Hospital Anchieta, excelente profissional. Depois parou de atender, não sei o que aconteceu, ninguém me explicou nem nada e hoje estou com uma outra excelente profissional, também. E foi aí que eu comecei a ter contato com os remédios antidepressivos, a princípio o Rivotril e Cloridrato de Venlafaxina. Eu cheguei a 300mg ou 275mg do Venlafaxina e depois eu consegui reduzir, consegui desmamar. Eu passei por três desmames, mas quando chegava no final, eu tinha que voltar a tomar, porque o meu corpo não aceitava tirar totalmente o remédio. Durante esse período, durante esse ano, eu não tive nem, assim, tempo para pensar a respeito dessa medicação. Eu precisava dormir, eu não conseguia dormir. Eu precisava me alimentar, eu não conseguia me alimentar. Então, quando você falou no início, o que eu penso a respeito de estar sendo medicada, de estar usando esses remédios? Eu não tive tempo, inicialmente, durante esse ano, que foi o terceiro ano do ensino médio, de pensar nisso. Eu precisava dormir e eu precisava dar conta de levar meu filho para a escola todos os dias. Eu fiquei afastada do trabalho durante um ano e seis meses, sou funcionária pública há 30 anos, sou da Secretaria da Educação. Foi a primeira vez que eu me afastei, eu não tinha histórico de afastamento.
- Sim, em sala de aula.
- Trabalhei tanto na área administrativa como em sala de aula também. E como eles viram que eu não tinha nenhum histórico de afastamento, eles aceitaram meus primeiros atestados e foi indo. Eu tinha muito medo que meu filho realmente chegasse às vias de fato. Mas além de

ele ter feito a terapia com o doutor Wallace, excelente profissional, ele não quis tomar remédio, como te falei. Tomou só por 10 dias e parou, falou que aquilo ia matá-lo, ele falou exatamente assim. Que ele não ia ficar dependente de nenhum remédio, eu já nem conseguia pensar nisso. Ele começou a procurar meditação como uma ajuda para ele se sentir melhor e, na época, acho que ele comprou mais de 20, 30 livros de autoajuda. Então, ele entrou de cabeça na questão de buscar o conhecimento, buscar uma autoajuda e a terapia que era uma sessão semanal durante o ano inteiro de... Eu não lembro o ano: 2015, 2017, acho que foi 2017. Mas ele terminou o ano, não conseguiu fazer o Enem, ele teve uma crise muito forte. Eu falei pra ele que ele não era obrigado a fazer, e falei com o pai dele, porque eu queria que ele ficasse bem. Mas ele conseguiu ir ao PAS, ele: "mãe, prepara meu lanche que eu vou ao PAS". E passou. E aí ele fala para gente que ele só está fazendo, só está estudando, por minha causa e por causa do pai, porque ele não vê qual o motivo de ter que se formar, de ter que ter um diploma. Ele é muito dedicado, como eu falei, ele é muito responsável, ele é muito inteligente, tem muita facilidade de pegar... Tanto que ele passou o ano de... o terceiro ano do ensino médio só como aluno ouvinte e conseguiu passar em todas as matérias, graças a Deus e graças à escola, também, que deu esse apoio. E até então, como eu disse para você, durante todo esse ano da depressão dele, eu não parei nenhum minuto para pensar no que esse remédio me traria de ruim, porque eu sei que a princípio ele me ajudaria, mas será que eu ficaria dependente e tal? Essas coisas eu ouvia, mas eu não parava para pensar. E é engraçado até você me perguntar isso, porque agora é que eu estou sentindo o resultado, os efeitos ruins do medicamento. Mas eu não digo para você que eu me arrependi de ter tomado e de estar tomando. Eu não conseguia outra forma, eu fiz o tratamento, eu fiz a terapia. Fazia, às vezes, no início, duas vezes por semana. Que me ajudou muito, me ajudou a me libertar de muita coisa. E recentemente fiz a terapia com a Luciane, do Sinpro, maravilhosa, e ela fala que seria bom, para mim, eu continuar, porque nesse teletrabalho eu entrei em momentos de crise, eu tive surtos de pânico, porque eu sou muito preocupada, eu sou muito perfeccionista. E, como servidora readaptada, eu não sabia o que colocar no meu relatório, então eu corri atrás de construir vídeos, produzir vídeos, atrás de material para os professores. Eu me virei, para que meu relatório ficasse completo. E isso me causava uma ansiedade diária. Hoje, eu sinto a minha memória muito prejudicada, eu assisto um filme hoje, no dia seguinte eu já não lembro o final do filme. Não lembro o nome do filme, faço a mesma pergunta várias vezes ao dia para o meu filho, e o meu filho diz: "mãe, você já me fez essa pergunta". E eu falo assim: "mas eu não me lembro da resposta". Eu sempre fui bem articulada, mas estou com muita dificuldade de me expressar, de me colocar. Eu redigia sempre as atas do conselho. Eu tirei, agora, três meses de licença prêmio para eu poder cuidar da minha saúde porque eu tive medo de pegar atestado, e eles quererem me aposentar. Usei três meses da licença prêmio, e nesses três meses eu ainda fiquei produzindo material, por conta da minha ansiedade. Como é que vai ser quando eu voltar em dezembro? É uma coisa que ainda me assombra. Então voltei agora em dezembro até mais tranquila, porque eu realmente trabalhei durante a minha licença prêmio produzindo material. Me sinto mais tranquila, e em janeiro volto a trabalhar presencial, porque foi permitido que os readaptados voltassem de acordo com a decisão da gestora ou do gestor da escola. Então ela autorizou que eu voltasse, eu vou voltar porque eu não quero mais saber desse negócio de relatório. Enfim, hoje eu sinto... Hoje eu me preocupo... Nunca me preocupei, mas esses dias fui à minha psiquiatra e perguntei: "doutora, é possível eu desmamar completamente do Rivotril? Porque eu sinto o tanto que estou prejudicada, a minha memória, meu raciocínio...". Ela falou assim: "sim, é possível". Então, no início, eu tomava o equivalente a 25 gotas, e hoje eu estou em seis gotas. O ansiolítico eu tomava de manhã, o antidepressivo, era o Venlafaxina, não voltei. Mas eu precisei voltar e ela colocou Sertralina. Então estou tomando 100mg de Sertralina. E ela vai fazendo esse acompanhamento. Eu não queria ter voltado, porque quando eu tomo Venlafaxina ou Sertralina eu tremo muito, e isso me incomoda. Me incomoda que as pessoas vejam isso, que percebam isso. O perfeccionismo me adocece, diariamente. Tento me livrar dele, tento fazer um arroz com feijão não tentar ser: meu trabalho tem que ser excelente, minha vida tem que ser excelente. É como eu colocava para a Lu: "minha vida é maravilhosa, eu tenho uma família maravilhosa, todos estamos com saúde, não nos falta nada. Recebo um

salário muito bom, sou funcionária há 30 anos. Meu Deus, por que eu sinto isso?". Então eu me pergunto constantemente... Eu tenho a minha religião, eu acredito em Deus. Eu peço a Deus para que me cure e me liberte disso, porque eu sinto, cada dia mais, como eu estou ficando prejudicada nas questões que eu te falei: memória, me colocar, me expressar... Mas só agora, Newton, é que veio essa preocupação. Eu cheguei a ter... Olha, foi em 2015 que eu comecei o tratamento, nós estamos quase em 2021. Vai completar 6 anos que eu faço uso do Rivotril. Só agora que eu estou começando a me preocupar, porque eu falo, começo a falar, conversar, as palavras somem. Eu não consigo achar a palavra, eu tenho um vocabulário rico, eu sempre li muito, sempre fui muito dedicada nos estudos, mas eu sinto a dificuldade. Como eu falei, eu estava redigindo as atas dos comitês, dos conselhos de classe, das coordenações, eu não consigo. Eu fiquei envergonhada, mas eu precisei abrir e falar abertamente com a minha gestora, que eu não estava em condições. Ela me pediu: "Pati, você pode voltar a redigir? Porque você escreve muito bem, parará". Eu falei: "Simoninha, eu não tenho condições. Não estou conseguindo organizar as ideias, porque antes eu ia digitando e ia registrando... Não consigo mais". E eu não posso ficar tentando fazer algo que eu não consigo, então dizer não, para mim, é muito difícil. E foi o meu primeiro não. Ela compreendeu, claro. São pessoas maravilhosas, a escola é maravilhosa, ninguém me pressionou para eu estar me sentindo dessa forma. Quem mais me cobra sou eu mesma. Quem é mais exigente comigo sou eu mesma. Então, eu não sei se eu consegui colocar tudo para você, o momento que veio a preocupação com o remédio foi só agora. E meu filho, constantemente, desde o início do tratamento, ele falou assim: "mãe, tenta fazer meditação. Você vai destruir seu corpo com esse medicamento". Porque todo remédio que o médico passa para ele, ele pesquisa, e aí ele decide se vai tomar ou não. Às vezes ele prefere ficar com dor do que tomar o medicamento. E ele fala: "você faz tudo o que os médicos pedem". Eu falo assim: "olha, filho, eu não tenho a mesma força de vontade que você para fazer tal e tal coisa". Então ele falou assim: "pega esses seus remédios e joga fora". Eu falei: "as coisas não são assim, eu estou desmamando". Meu organismo, meu corpo não vão aceitar eu simplesmente para de uma vez. Ele não aceita isso, mas eu tenho isso claro, que o desmame tem que ser feito gradativamente, assim como o aumento das substâncias que você vai utilizando ao longo do seu tratamento. Então eu não sei se eu consegui colocar tudo para você.

- Se você quiser fazer outra pergunta para direcionar, não vou deixar de responder.
- Sou formada em Filosofia com habilitação em Sociologia e História, mas eu nunca lecionei nessa área, sempre com os meninos pequenos. O meu estágio me deixou muito traumatizada, porque eu era muito novinha quando eu me formei e os alunos me levavam muito a sério, tinha alunos bem mais velhos que eu. Eu fui fazer o meu estágio no EJA - Educação de Jovens e Adultos. Então decidi que não iria dar aula para adultos. Então, desde o início que eu entrei para a Secretaria, eu trabalhei com crianças de primeiro ao quinto ano.
- É como eu falei para você, eu nunca cheguei a pensar sobre isso, estou pensando agora que você está... Quer dizer, com a questão de a medicação me prejudicar eu estou pensando agora. Agora, você me perguntou como é que eu acho que ele funciona, é isso?
- Na verdade, eu nunca parei para pensar nisso, isso que você está me colocando agora. Eu acredito fielmente, piamente nos remédios. Então, eu tratei por muito tempo uma enxaqueca, sempre sofri de enxaqueca. Eu tenho uma vida antes quando eu tinha útero e depois que eu tirei o útero. Eu tenho endometriose e eu tive a inflamação que pegou meu ovário, trompas, útero, eu tive que tirar o útero e aí minha vida mudou. Minhas dores de cabeça paravam, mas eu não ficava, eu tinha medicamento na minha bolsa, medicamento na minha casa, medicamento na casa da minha mãe... Eu nunca pensei na possibilidade de não funcionar, tanto que muitas das minhas crises, eu ia para no Santa Lúcia e eu tomava medicação intravenosa. Eu chegava lá péssima e saía de lá nas nuvens. Eu só falava assim: "doutor, por favor, medicação intravenosa". Ou seja, eu nem pensava que não ia dar certo. Para mim, dava certo e pronto, sempre deu. E como eu sempre sofri muito dessa enxaqueca e procurei outros neuros, neurocirurgiões, e fiz acompanhamento, tem remédio que hoje o meu

organismo não diferença mais, de tanto que meu organismo se acostumou, como Sumax 50mg. Se o médico falava: "só um ao dia". Eu tomava dois. No desespero eu tomava três. Para você ver que eu nem parava para pensar nessa questão, eu acreditava sempre que o remédio fosse funcionar. Eu sei que toda medicação tem um lado bom e tem um lado ruim. Eu sempre soube disso, mas eu nunca me preocupei com isso. Eu pensava, eu sou uma pessoa que é muito mole para dor, Newton. Sentir dor, eu tomo medicamento, eu não fico sofrendo. Então foi isso o que aconteceu na questão dos antidepressivos também. Eu machuquei, eu gosto muito de atividade física. Então, por excesso de atividade física, eu fraturei a lombar da L1 a L5, na capoeira. E aí o meu médico falou que se eu não fosse magra, se eu fosse sedentária, eu não estaria andando pelo estrago que eu fiz na minha lombar. Já tem uns 4 anos isso, desde então sou acompanhada pelo neurocirurgião doutor Márcio Vinhal, que eu conheço há 20 anos. Ele falou que se tiver que operar vai colocar cinco pinos na minha lombar, mas não vai precisar porque eu estou fazendo todos os exercícios corretamente, a musculação. Ou seja, eu comecei a pensar e a cuidar. Eu pensei que eu estivesse cuidando da minha saúde, eu não estava, eu estava destruindo o meu corpo, eu não estava dando tempo para o meu corpo descansar. E aí, nesse período, o único remédio que tirava a minha dor era o Tramal. Então eu ia direto para a emergência tomar Trama 50mg. Depois passou para o Tramal 100mg, porque o 50mg não fazia mais efeito. Hoje meu corpo não faz mais efeito nem com o 100mg. Para você ter uma ideia de que eu não suporto a dor e de que eu não pensava no lado negativo. Eu queria era parar de sentir dor, entende? Para você ver assim, qual a minha ideia? Eu nunca parei para pensar: esse remédio vai me fazer mal. Poxa, ele faz bem, mas ele também pode me prejudicar. Não, a minha ideia sempre foi: parar de sentir dor, parar de ficar triste. Eu chego lá na doutora Isadora, psiquiatra: "doutora, eu não quero mais saber disso, de sentir essa angústia, de nada estar bem, de chorar o tempo inteiro. Me passa o remédio que for, eu quero ir feliz para a escola, porque eu amo trabalhar". Eu sou muito extrovertida, sou muito falante, e as pessoas percebem de imediato que eu não estou bem, porque eu não consigo disfarçar, eu fico muito down, eu fico muito para baixo. Então eu falo: "doutora, eu não sou assim, eu quero remédio, me tira essa tristeza". Então, para você ver que hoje eu estou sentindo, hoje eu percebo o lado ruim da questão da medicação, mas nem por isso eu parei. Eu estou fazendo o desmame, que esse é o objetivo, é parar de tomar. Mas em momento algum eu pensei: eu vou parar de tomar esse remédio. Não. "Estou triste, doutora...". E, assim, quando eu voltei a tomar o antidepressivo de dia, a Sertralina, eu estava muito resistente, eu estava até no início da terapia com a Lu. Eu estava muito resistente porque eu via como um fracasso. Poxa, eu consegui zerar. Eu tomava quase 300mg de Venlafaxina e consegui zerar, agora eu vou voltar? Isso para mim é um fracasso, eu estou dando 10 passos para trás. E aí fazendo as terapias, conversando, aí eu voltei a pensar como antes: não, é melhor eu voltar a tomar, mas não ficar sentindo isso, do que não tomar e ficar nessa prostração. Porque a minha vontade é só ficar na cama. Eu tenho a minha irmã com dois filhos pequenos, que eu amo como se fossem meus filhos, que eu ajudo a cuidar. Tem minha tenho a minha mãe que está com câncer, agora desde janeiro. Está vencendo, está respondendo bem ao tratamento, mas precisa que eu esteja bem, precisa que as filhas estejam bem, porque eles cuidam da gente até hoje. Com essa pandemia foi muito difícil para eles deixarem que cuidássemos deles, porque eles são muito ativos. Então, eu preciso ficar bem, para não deixar meu pai e minha mãe preocupados, não deixar o meu filho preocupado, para eu crescer, seguir em frente, eu ainda sou jovem, eu preciso... Eu falo assim, como eu trabalhei 10 anos na área administrativa, eu perdi o direito à aposentadoria especial, mas eu sabia disso e não me arrependo. Então, eu tenho que trabalhar mais uns 7 anos. Eu falo assim: "meu Deus, eu preciso de saúde e preciso trabalhar". Mas eu preciso que o meu perfeccionismo não me adoça, eu preciso saber trabalhar e produzir sem necessariamente ser perfeccionista, porque senão eu não vou conseguir contribuir com o meu colega, eu não vou conseguir contribuir comigo mesma. Então a percepção que eu tenho em relação aos remédios, Newton, é essa. Eu preciso tomar medicação? Eu acredito que ela funciona. A percepção que eu tenho em relação à medicação, é que eu tenho total credibilidade no funcionamento dela, eu não penso no lado ruim. Sentir dor, eu procuro... Eu não sei se eu respondi sua pergunta, se eu entendi, se é isso mesmo.

- Eu vou te dizer o que eu pensava em relação à depressão, primeiramente. Eu trabalhei 11 anos no Núcleo de Recursos Humanos na Regional Núcleo Bandeirante. Então quando eu recebia alguns servidores que estavam apresentando atestado de depressão, eu achava aquilo ali um absurdo. Eu não acreditava na depressão, eu não acreditava que ela existia. Então eu achava que era um servidor que estava empurrando com a barriga, que aquilo ali não existia, que era um servidor que estava arrumando desculpa para não trabalhar, porque eu sempre trabalhei muito. Sempre passei do meu horário, sempre fui muito caxias. Se o meu chefe precisasse que eu passasse 6h, 10h, eu passava. Então, a profissional de excelência, a profissional perfeita. Eu trabalhava com dor de cabeça, eu trabalhava com conjuntivite, trabalhava com braço quebrado, trabalhava com perna quebrada. Eu não admitia, só se eu estivesse mesmo aleijada: eu não estava. Então, assim, eu sempre media as pessoas ao meu redor, por mim. Então, se as pessoas não fossem proativas como eu, então é porque estava empurrando com a barriga ou porque não era um bom profissional. Era dessa forma que eu pensava até eu entrar em depressão, até, inclusive, aceitar o meu diagnóstico no início. Eu falei que eu não tive muito tempo nisso porque a minha preocupação, meu foco era o meu filho. Então não tive muito tempo nem para pensar se eu aceitava, mas eu comecei a entender. E fui assistir uma reportagem e assisti um documentário, também, de um médico mostrando uma pessoa toda engessada em uma cama: "ó, essa pessoa que está aqui, ela está machucada, está engessada. Imagine a depressão? A pessoa não está machucada, você olha a pessoa, pensa que a pessoa está bem, mas ela está destruída por dentro". E foi começando a pesquisar sobre o assunto para entender o que era depressão, para saber se realmente eu tinha depressão. Então, algumas vezes vai acontecer de eu falar com você, e perder o fio da meada e tentar lembrar o que eu estava falando. Aí você não estranha. Essa é uma das coisas que me incomoda muito. Ah, sim, sobre a depressão, né? O que eu penso... Primeiro sobre a depressão, eu acreditava que era uma doença que não existia. Você me perguntou antes de eu entrar em depressão o que eu pensava a respeito desses antidepressivos, não é isso?
- Então, eu não acreditava porque para mim a depressão era uma frescura. Para mim, a depressão era simplesmente uma muleta para um servidor que não queria trabalhar. Então eu não acreditava nem na depressão, nem em antidepressivos.
- Bem, fazendo a terapia, conversando com as minhas terapeutas, eu consegui entender que... Porque eu sempre questionava por que eu sinto isso; por que essa angústia; por que essa vontade de chorar; por que essa prostração; por que esse desânimo? Se está tudo bem, se eu ganho bem, se eu trabalho, se eu tenho uma casa, minha família é linda, nós temos uma vida maravilhosa, por quê? Por que eu sinto isso? E aí conversando com a psicóloga ela sempre colocando: "o que está acontecendo com você hoje, Patrícia, é uma série de eventos que foram se somatizando". Eu tive um casamento muito complicado, eu estive casada por 18 anos, meu ex-marido é um pai excepcional. Eu me separei quando veio a depressão do meu filho, eu digo que a depressão dele veio para me libertar da opressão do meu marido, porque foi com a depressão do meu filho que eu falei: "basta, chega, não quero mais você. A gente vai ficar debaixo desse teto para cuidar do nosso filho, você não me manipula mais". Sempre foi um homem muito ciumento, muito ciumento. E nesse ciúme dele, de 18 anos, eu me fechei. Me fechei para minha família, eu me fechei para o mundo, eu me fechei para os amigos, eu não podia olhar para o lado que eu estava, de repente, paquerando uma outra pessoa. Foi um relacionamento muito difícil. O meu ex marido, eu cheguei a entender que ele é um homem misógino. Eu sofri demais com tudo isso. Só que eu nunca coloquei para fora, nunca comentei com ninguém, nem com os meus pais. Minhas irmãs viam que eu sofria, me aconselhavam, mas eu deixava para lá. Por que eu aguentei isso 18 anos? Porque eu tinha medo. As amigas que tinham separado falavam: "olha, quando você se separar, o pai do seu filho não vai ser o mesmo pai. Ele não vai ser tão presente na vida do seu filho". Aí eu tinha medo de separar e tinha medo que isso acontecesse, então eu aguentei. Eu ficava, eu sofria, eu chorava... Eu sofria os abusos que ele fez comigo, mas eu queria que meu filho tivesse um pai, e o pai dele sempre foi maravilhoso. Então, nesse sentido, eu aguentei esses 18 anos. Então, a minha terapeuta fala que, simplesmente, a depressão foi o resultado de toda

essa situação que eu internalizei. Inclusive coisas que eu me lembrei, eu nem me lembrava. Eu fui abusada por um tio meu, irmão da minha mãe, já falecido. Durante a terapia eu me lembrei disso. Eu não sei onde que eu tinha enfiado isso no meu subconsciente, porque eu não lembrava disso. Mas durante a terapia, como eu falei para você, eu me libertei de muita coisa, inclusive de um marido abusivo. Um ótimo provedor, um pai maravilhoso, mas um marido abusivo. Então, eu guardei tudo isso. Seria vergonhoso separar, minha mãe coloca isso até hoje, seria vergonhoso ser uma mãe solteira. E, ao mesmo tempo, eu sempre fui muito exigente com o meu filho desde criança. O pai muito exigente no esporte e eu muito exigente nos estudos. Eu era responsável por acompanhar os estudos dele, o pai na parte financeira e eu no acompanhamento pedagógico. E eu sempre falei para a doutora: "acho que meu filho chegou nesse ponto porque a gente sempre exigiu demais dele". Eu me acho culpada nisso. E eu já conversei com ele sobre isso, já pedi perdão para ele. Para ele está tudo bem. Assim, sobre a orientação da minha psicóloga, eu acho que a depressão... Bom, eu vejo a depressão como isso, que é essa tristeza. A depressão para mim é a tristeza que eu sinto, a angústia, a prostração. Eu sou uma pessoa muito extrovertida, eu fico completamente diferente. Não tenho vontade de comer, não tenho vontade de sair, não tenho vontade de conversar, me fecho completamente. E ela me fez entender que foi todos esses problemas que eu fui guardando, que eu fui internalizando, que provocou isso, provocou a depressão. Eu acredito nisso porque hoje eu me sinto totalmente liberta. Eu tinha muito medo, Newton, do meu marido, eu não falava o que eu pensava. O dia que meu filho, meu filho que é a coisa mais importante para mim, disse: "se você sair...". Ele apertou meu braço, meu braço ficou com hematoma. Ele falou assim: "se você sair, eu me mato, mãe. Eu me mato." Aquilo ali ficou na minha cabeça, eu pensei: mas agora quem precisa de mim é meu filho. Nesse mesmo dia eu falei com o pai dele: "você não me perturbe...". Principalmente a questão sexual. Então eu achava que eu era uma mulher errada, eu achava que eu era uma mulher frígida. Eu procurei vários especialistas, procurei terapia sexual e eu via que não tinha nada de errado, mas era ele que gostava muito de sexo, mas não me aceitava como era. Ele queria sexo todos os dias, eu tinha que estar subindo pelas paredes todos os dias, eu falava: "gente, eu sou frígida, então. O que eu sou?". E eu fui percebendo com o tempo, com a minha terapia, que eu não sou uma mulher anormal, muito pelo contrário, eu sou uma mulher muito saudável. E eu fui redescobrir isso até, depois da questão do sexo, porque eu falava assim: "não quero mais homem na minha vida, não quero sexo". Eu coloquei uma prótese mamária, já tem 10 anos, e eu queria tirar a prótese, nesse período eu deixei meu cabelo ficar branco, meu cabelo é branco desde os 22 anos, porque eu queria ficar bem feia, eu não queria chamar a atenção de homem nenhum. Eu emagreci 12kg, eu fiquei com 48kg, eu tenho 1,70m. Então eu fiquei só pele e osso. Então, eu queria ficar feia, porque eu não queria mais homem na minha vida. Porque, para mim, ia ser como esse meu marido. Então quando veio a depressão, no dia que aconteceu isso eu falei assim: "a partir de hoje eu me liberto de você, você não me dá ordens, você não me toca, você não é meu dono". Por isso que eu digo que veio uma coisa ruim, mas junto veio uma coisa boa, essa questão de eu me libertar. E meu filho fala isso para mim: "mãe, você é uma mulher tão inteligente, você é uma mulher independente, vai viajar". Porque eu sou muito caseira. Eu não gosto muito de sair, gosto de ler bons livros, gosto de assistir filme, e ele fala: "mãe, sai. Vai viajar, vai conhecer o mundo, você é uma mulher independente, parará, parará". Eu falei: "tá, filho, pode deixar que eu vou começar". Inclusive ele está viajando com o pai. O pai, já está com uma namorada, está morando com a namorada, mas faz tudo o que eu peço: "Edu, vê isso aí no plano de saúde para mim. Vê isso daqui...". Faz tudo. Minhas cunhadas falam que ele ainda é louco por mim, é apaixonado. Ele fica chateado comigo porque ele sabe que eu já me relacionei com uma outra pessoa depois dele, não aceitou, me vigiou, tirou foto, foi à casa dos meus pais mostrar que eu estava saindo com uma outra pessoa, como se eu fosse relacionada com ele ainda. Então, para você entender o tanto que a perseguição que eu sofri dele, com ele. Mas eu sinto que eu cresci porque com as terapias eu venci isso daí, né? E consegui seguir em frente, estou conseguindo dar seguimento à minha vida, mas uma coisa que me preocupa ainda é a questão da ansiedade. Essa preocupação com o trabalho. Essa preocupação de porquê tudo tem que ser tão perfeito, tem que ser tão redondinho, tem que ser tão lindo. Por que não uma Patrícia

que pode errar? Uma Patrícia que é uma pessoa normal. Ela tem erros, mas ela também tem acertos. Por que uma Patrícia perfeita? Não existe isso. Então estou tentando trabalhar nisso daí, de não ser uma Patrícia perfeita, né? De ser uma pessoa que erra, de ser uma pessoa que pode ser desagradável, não só agradável. De ser uma pessoa que tem que dizer não, porque eu não sei dizer não e sofro com isso. E acabo me boicotando, quando eu digo não e quando eu faço uma coisa que... É claro que nem tudo na vida é gostoso de se fazer. Têm coisas que são desagradáveis, são ruins ou que você não gosta tanto. Se você pudesse dizer: "uu vou fazer somente o que eu gosto". Não existe isso, né? Mas a grande parte que seja dessa forma, mas não existe sempre isso: eu estou sempre feliz, tudo o que eu faço todo dia está bom. Não, tem trabalho que é um saco fazer, mas faz parte do dia a dia. E com isso a gente se constrói, com isso a gente se reconstrói, a gente cresce, a gente aprende. Então, é isso o que eu penso em relação à depressão, é isso o que eu penso em relação à depressão, hoje. O que eu penso é isso. Que foi um somatório de coisas que aconteceram na minha vida e que eu precisava de alguma forma colocar isso para fora. E hoje eu sinto isso cada vez mais forte, esse medo, essa ansiedade, medo do novo. Ao invés de o medo me impulsionar pra eu poder aprender, o medo estava me freando. Antes da minha licença prêmio, eu estava deixando com que o meu medo me deixasse parada, estática, sem seguir em frente, sem crescer, sem aprender. E aí eu continuo, como eu te falei, no tratamento, porque eu quero ficar realmente livre dessa medicação. Eu sei que eu não posso deixar de tomar de uma hora para outra, quer dizer, eu acredito nisso. É isso o que eu acredito em relação à depressão. Não sei se eu consegui ser clara, se eu consegui responder, senão você continue me perguntando, que eu vou continuar tentando.

- Como eu falei para você eu não acreditava que a depressão existisse.
- Muita, muita. Principalmente porque era uma doença na qual eu não acreditava. Era uma doença, que como eu te falei, pra mim o profissional estava utilizando aquilo ali como uma bengala para se arrastar no trabalho. De repente eu, Patrícia, estava com depressão, fui diagnosticada com depressão. Meu filho, depressão e síndrome do pânico. Eu senti muita vergonha, eu me senti muito mal por ter julgado outras pessoas. Poxa, hoje quem está nessa situação sou eu. Muito envergonhada, Newton, você não faz ideia. Com muita vergonha de ter que me afastar, eu não tinha histórico de afastamento. Para mim era uma vergonha pegar atestado médico. Como eu te falei, eu trabalhava com conjuntivite, com enxaqueca. Já fui até com o braço engessado, perna engessada... Eu queria voltar antes para o trabalho porque aquilo ali sujava o meu nome.
- Sim. A questão da vergonha? Sim. A questão assim... Não, sei bem que eu evitava dizer também para amigos o que eu estava passando. Não era só no universo do trabalho, não. No universo do trabalho principalmente porque é onde a gente passa a maior parte do tempo, da nossa vida, no nosso ambiente de trabalho, né? Mas eu tinha vergonha, assim, quando as pessoas perguntavam: "e aí, você...". Me viam, me encontravam, eu ia levar meu filho para a escola, buscar, ou ia fazer compras. Me achavam muito magra, perguntavam o que estava acontecendo. Quando eu passei a máquina no meu cabelo, eu passei a máquina três no meu cabelo, e deixei meu cabelo ficar branco. As pessoas achavam que eu estava com câncer, que eu estava fazendo tratamento de quimioterapia, porque eu fiquei cadavérica, com cara velha, porque eu fiquei muito feia... Eu: "não, não, estou bem". Eu não conseguia dizer o que eu estava passando. Eu tinha vergonha de ter que admitir. Então eu me incomodava sim, não era só na área do trabalho, não. Me incomodava sim, eu sentia vergonha em todos os sentidos.
- Não. O meu ex-esposo sim. Quando meu filho era bebê, que a gente começou a ter que entrar com antibiótico, ele foi ler o antibiótico e falou assim: "não vou dar antibiótico para o meu filho". E aí ele teve um pediatra, que ele também é clínico geral, atende meu filho até hoje, uma pessoa muito abençoada. Ele fala assim: "Patrícia, se você for ler a bula do remédio, você não dá o remédio". Então, meu filho foi... Acho que a última vez que eu levei, eu levei com três meses até os 20 anos de idade para esse mesmo médico. Quando tinha coisa que a gente não conseguia resolver, era no doutor Wilson: "mãe, me leva para o meu



tio Wilson". Então, nunca fui de ler bula de remédio, não. É como eu falei para você, eu estava sentindo dor... Sou mole para dor, não quero dor. Remédio.

- Não, nunca cheguei a pensar em marca, não. Uma coisa que eu aprendi com o pediatra do meu filho é: tem remédios genéricos que não vão fazer o efeito que o remédio de marca, que o remédio que ele está solicitando, faz. Aí ele fala assim: "Patrícia, olha, você pode procurar essas marcas genéricas, senão, esse você compra a própria marca, porque esses outros não funcionam". Isso eu aprendi com ele. Então, eu perguntava já para os psiquiatras. A minha psiquiatra, por exemplo, ela fala: "quando você for comprar a Sertralina, você compra ou a Sertralina da Medley ou você compra Zoloft...". Eu não tenho certeza a marca original da Sertralina, né? Aí quando eu vi que o Zoloft era o dobro do preço da Sertralina da Medley, obviamente eu vou para o mais em conta, que está dentro do que a minha profissional me indicou, a psiquiatra me indicou. Mas, assim, eu vou pelo o que o médico indica. Eu não leio bula, eu não escolho. E dentro do que ele indica, eu vou para o mais em conta.
- Nossa, isso é tão complicado, eu nunca cheguei a pensar nisso daí. Mais uma vez eu te digo, eu tenho um amigo que eu encontrei há uns três meses atrás, ele está tratando da depressão até hoje, mais ou menos no mesmo período que eu. E eu falo assim: "Toninho, você não está tomando nada?". Aí ele falou assim: "não, é terço na mão e joelho no chão". Então ele, assim como o meu filho, ele até hoje é resistente ao remédio. Meu filho, como te falei, ele tomou só por 10 dias e falou assim: "esse remédio aqui ao invés de me salvar, vai me matar". Foi o que meu filho, na época com 17 anos, falou. Porque ao contrário de mim, ele lê tudo. Ele lê bula de remédio, ele lê o que vem na alimentação, ele lê tudo. Ele fala: "mãe, nós somos simplesmente..." Esqueci o nome. Que os médicos...
- Cobiaias, cobaias. "Nós somos simplesmente cobaias. Você acredita piamente no que os médicos falam, você nem chega a titubear. Você não questiona. Você fala 'sim senhor', 'sim senhora' e você usa, não é assim". Então, o médico conversa com ele, ele chega em casa, ele pesquisa o remédio, ele pensa, ele avalia. Agora, hoje... Assim, é porque é complicado, eu sou uma pessoa que não gosta de sentir dor, a angústia, a tristeza, para mim, é uma dor emocional, certo? Eu prefiro tomar o remédio, não sentir, do que resistir e passar dias mal, triste, cabisbaixa, prostrada... Então, se você disse para mim, eu ia falar: "tome remédio". Agora, para uma pessoa, se eu indicaria? Eu poderia até indicar, mas eu contaria a minha experiência. Olha, a minha experiência é a seguinte... Isso eu faço... eu sempre faço quando a pessoa me pergunta. Hoje eu não tenho mais, assim, hoje eu não tenho problema de dizer: "eu sou uma pessoa que tenho depressão, eu faço tratamento, eu tomo Rivotril". Fazem muita piadinha com o Rivotril e tudo mais, mas hoje eu consigo dizer isso sem nenhuma vergonha. Então, eu falaria... Como nós ajudamos uma amiga nossa na escola, ela teve dormência de um lado do corpo todinho, e só depois disso ela aceitou tirar licença médica. Ela tomou remédio por um tempo, parou, e agora eu soube que recentemente ela precisou voltar, porque ela já estava muito ansiosa com a questão do teletrabalho. Quando eu cheguei nela eu falei: "olha, eu faço tratamento há tanto tempo, eu uso remédio tal, e eu sinto que com o tempo tem acontecido isso comigo". As pessoas na escola me viam, Newton, falar, quando eu estava tomando... Tinha um remédio que me causou tanta tremedeira que a minha voz tremia. Eu tive que parar de tomar o remédio. Todo mundo na escola ficou preocupado, parecia que tinha mal de parkinson. Aí parei, voltei na minha médica, trocou o remédio, beleza. Então, eu chego na pessoa e falo: "olha, eu tomo isso, mas eu tenho sentido isso". Então, assim, se eu vejo uma pessoa que vem pedir a minha opinião, se tomaria ou não? Em primeiro lugar, eu descrevo a minha experiência. Qual foi a minha experiência com o remédio? E eu coloco para a pessoa o lado bom e o lado ruim. É isso o que eu faria. Eu colocaria tudo o que tem acontecido comigo, que é como eu faço, relato a minha experiência, e digo o que o remédio pode fazer de bom, e, a longo prazo, o que ele pode fazer de ruim. Porque eu já fiz isso com colegas no próprio trabalho. A sua pergunta era se eu indicaria, né?
- Entre a terapia e o medicamento, entre eles?

– Também é uma coisa que eu nunca cheguei a pensar. Eu penso da seguinte forma, que... Eu nunca esqueci isso. O meu primeiro psiquiatra, eu tive dois, né? O doutor Adelmo e agora a doutora Isadora. Ele falou assim: "Patrícia, eu sou psiquiatra e vou te passa a medicação, mas só a medicação não vai te ajudar. Você precisa fazer um acompanhamento com terapeuta". Foi a primeira coisa que eu escutei na minha primeira consulta com o psiquiatra: "você vai precisar fazer a terapia para você saber lidar com essa angústia, com essa ansiedade, com essa tristeza que você está sentindo. Para você conseguir descobrir de onde vem isso, para você conseguir tratar. O remédio sozinho não vai te ajudar". Foi a primeira coisa que eu ouvi na minha primeira consulta. E quando eu vim a conhecer a doutora Isadora, porque não tive mais acesso ao doutor Adelmo, infelizmente. Ou felizmente, não sei. Ela falou a mesma coisa. Eu tinha também... Eu achava que era meio coisa de gente doida, como eu te falei, que depressão era desculpa para quem não queria trabalhar, mas eu vi que foi a terapia que me ajudou a caminhar. Foi a terapia que me ajudou a seguir em frente junto com os remédios. Foi a terapia que me ajudou a seguir em frente, junto com os remédios. Eu nunca achei que fosse só a terapia. Então, desde que eu vi o doutor Adelmo falar isso, eu acreditei piamente: "os remédios vão te ajudar, mas você precisa do acompanhamento com a terapia". Então, eu sempre acreditei que um está ligado ao outro, né? Eu preciso dos dois para poder caminhar e seguir em frente. E com a terapia, também, a possibilidade de ajudar no meu desmame. Que foi o que minha psiquiatra falou: "a terapia vai te ajudar a entender também essas suas questões e vai também te ajudar no desmame". E uma coisa que veio com a depressão, muito forte, foi a impulsividade por gastos. Eu nunca tive impulsividade alimentar, nunca tive outra... Eu ia, comprava, colocava dentro do guarda-roupa durante 1 ano... Tem coisas guardadas ainda que eu nunca vi, nunca precisei usar, não preciso, mas eu tinha aquela alegria momentânea. E esses dias, inclusive, eu tenho sentido isso novamente, por isso que ela entrou com a Sertralina, também. Para ver se diminuía isso daí, eu voltei lá semana passada, mais ou menos, eu falei que não diminuiu tanto, eu sinto ainda vontade. Não estou gastando como antes, eu sentia vontade e gastava. Hoje não, hoje eu me seguro. Mas é uma coisa que me causa sofrimento. Então, eu acredito, assim, que a terapia com a medicação é o caminho para ajudar, é o caminho que está me ajudando. Eu acredito nisso.

– Ai, que bom, que eu pude ajudar, fico tão feliz.

\*\*\*\* \*Elza

– Após um acidente de trabalho, eu estava voltando do trabalho, e caí na BR. Eu tive da fratura de cóccix. Depois disso, eu comecei a ter crises de medo de... E não conseguia dormir. Muita ansiedade. Aí, algum tempo depois, eu tive uma fibromialgia diagnosticada, porque eu comecei a sentir muitas dores no meu corpo. Procurei o psiquiatra e comecei a tomar remédios para dormir. Mas, assim, geralmente eu tomava ou tomo no período que eu estou muito agitada ou com crises de ansiedade. Eu não tomo com frequência, não. Eu não gosto do efeito da medicação em mim, então eu evito muito tomar. Eu tomo quando estou no nível extremo, mesmo. Apesar de facilitar, de me fazer dormir, realmente me faz dormir. Mas eu tenho efeitos colaterais muito negativos.

– Estava muito difícil encontrar uma medicação que fosse mais leve. Na verdade, eu tive que mudar minha qualidade de vida. Assim, tive que buscar qualidade de vida: atividade física... E outras situações, né, para me acalmar em algumas situações, respirar, para amenizar tudo isso que eu sentia e tentar dormir. Porque eu fiquei muito tempo, assim, assistindo televisão até a madrugada, ficando até o dia seguinte acordada e com a sensação de cansaço imensa. Então foi muito difícil. E isso, para mim, é pior do que a própria medicação. Aí eu tomo a medicação, mas no dia seguinte também não tenho disposição. É um sono que não descansa, você dorme, mas parece que o seu organismo não se refaz como você dorme natural. Quando você dorme naturalmente, você acorda disposto, bem. Com a medicação não, você fica como se estivesse sonolento o dia inteiro. É uma reação bem esquisita, eu tenho uma resistência até hoje. Tem muitos anos já, que isso aconteceu, e sempre que eu

entro em período de crise eu tenho que recorrer a isso, quando estou no limite. Mas é algo que me incomoda muito.

- É, o limite, né, quando eu não consigo dormir. Dormir é o essencial para a saúde. Aí eu caminho, eu tento atividade física, eu tento todas outras... Massagem... Até acupuntura eu já tentei. Quando não resolve aí, sim, eu vou para a medicação.
- Olha, eu tomei... A anterior eu não sei. Eu tomei Olcadil, durante um bom tempo. E agora, eu tenho que dar uma olhada lá na caixinha o nome, porque foi mudado. O médico me deu um, um pouco mais leve, mas geralmente é Olcadil. Foi uma medicação que também durante muito tempo. Nesses períodos mais extremos.
- Foi no meu primeiro ano de secretaria. Eu nunca tinha tomado remédio para dormir. Nunca tinha tido... Na verdade, a fibromialgia foi diagnosticada só dois anos depois, mas após isso eu comecei a ter crises de ansiedade, de medo. Eu tinha medo de ficar na parada de ônibus, eu tinha medo do meu percurso de trabalho. Isso foi gerando uma ansiedade acima do normal. Até então eu nunca tinha tomado medicação para dormir e nunca tinha tido dificuldade para dormir. Meu marido até brincava que eu dormia mais que gato, onde foi constava eu estava dormindo. Eu tinha muita facilidade para dormir, até então. E depois dessas crises eu comecei a ter muita dificuldade.
- Não. Eu fiquei muito tempo sofrendo com essa questão da insônia e de dores no meu corpo. Até que um ortopedista me indicou um reumatologista, o reumatologista me indicou um psiquiatra, que eu fizesse um acompanhamento psiquiátrico também. Cheguei a procurar três reumatologistas para ter a certeza de que eu estava com quadro de fibromialgia na época. Depois disso, sempre que eu entro em um quadro de ansiedade, eu tenho essa dificuldade para dormir.
- Eu sou professora de Língua Portuguesa, e atualmente estou fora de sala desde 2011.
- Não, outras coisas foram acontecendo. Eu fiquei em sala de aula de 2000 até 2011, praticamente. Porque eu ainda peguei coordenação e coordenador entra muito em sala de aula também. Eu fiquei de 2000 até 2007, quando dando aula um aluno foi bater no outro e acertou com um soco. Depois disso, eu fiquei com muitas dificuldades de entrar em sala de aula novamente. E a vida do professor é muito estressante. Tem os seus lados... É prazerosa, tem um lado gratificante. Mas tem algumas situações que geram essa ansiedade, que eu já estava fragilizada. Foram muitos anos de tratamento e de resistência para sair da sala de aula. Eu continuei em sala de aula, assim, resistindo. Em coordenação, em outras funções, até... Como coordenadora até 2011, quando eu cheguei ao limite. Nem a medicação conseguia controlar as minhas dores. O jeito foi ter outras... A alternativa foi sair para tentar amenizar tudo isso. Mas eu ainda fique muitos anos (inint) [00:08:27].
- Na verdade, a gente antecipa muito tudo. É como se algo fosse acontecer, mesmo que isso não aconteça. Então, assim, foge do nosso controle, não é algo que eu controle. Eu sempre tentei controlar com respiração, com tudo. É aquilo que eu falei, eu quero que me desligar ao máximo daquilo que penso que vai desenvolver isso. Mas há momentos em que algumas coisas fogem. Quando eu sinto que foge do meu controle, aí isso me... (inint) [00:09:15].
- Talvez me acalmando, não sei. Me tranquilizando, me reparando, me estacionando, me desacelerando de alguma maneira. Porque eu fico extremamente acelerada quando estou nesse processo de ansiedade. É uma agitação constante. Quando estou muito ansiosa é como se eu estivesse ligada na tomada, a mil, assim. É desgastante. É muito desgastante essa sensação de ansiedade. Essa ansiedade, quando ela começa a ter esse... É como se algo me dominasse, um pensamento acelerado que eu perdesse o controle totalmente.
- Ela consegue me parar, me dar uma sensação de tranquilidade. Me desacelerar, de alguma maneira.

- Para conseguir suportar algumas situações, sim. Mas não resolve. Ela me faz... Como eu consigo ficar desacelerada, eu consigo enfrentar algumas coisas, mas de forma bem mais lenta também. Não é como se eu não tivesse controle de mim mesma. É muito complicado.
- Não só isso, boca seca... Às vezes... Eu não sei se a fibromialgia ou da própria medicação, quando eu começo a tomar meditação as minhas pernas também não me obedecem. Então, eu já cheguei a cair. É aquilo que eu te falei, me acalma, mas é como se eu perdesse o controle de mim mesma. Então uma sensação muito ruim, eu não sinto. Eu sei que é necessário nesse momento em que eu chego ao extremo, mas não é bom, não é uma sensação boa. É como se eu perdesse o controle de mim mesma. Não é legal. Boca seca... O efeito da medicação é algo assim... É bom porque eu consigo, com o tempo, retomar as minhas atividades de uma forma mais lenta, eu consigo, eu ainda consigo. Mas o que realmente me faz ficar bem, é me afastar situação que estressa ou que me deixa ansiosa. Essa é a sensação que eu tenho, tanto é que, por exemplo, em período de férias, o período que eu não estou vivendo situações estressantes, eu não sinto necessidade da medicação. E aos poucos eu vou tirando e me sinto muito bem. Quando eu não estou em período que eu sinto esse medo ou essa angústia de não conseguir resolver aquilo que me angustia, que me deixa acelerada, eu não preciso da medicação. Eu falo isso para o meu médico. Então assim, é só nesses momentos mesmo. Já teve períodos em que tomei por um período maior, até oito meses, mas geralmente quando eu estou... Quando eu me afasto do que estressa, ou do que deixa mais angustiada, eu vou me acalmando, e isso me faz ficar sem a medicação. Eu consigo ficar sem ela, mas se eu estiver tranquila. Se eu não sentir que algo está me ameaçando de alguma maneira. Então é quase que uma ameaça essa sensação de aceleração, de peito que dói. Às vezes eu tenho sintomas de como se eu fosse enfartar. Eu já fui parar no hospital algumas vezes, por causa dos sintomas disso. E era ansiedade.
- No princípio não. Logo que eu comecei, não. Depois que eu fui tendo efeitos colaterais é que eu não fui gostando daquilo. Era algo que era para resolver um problema e de repente estava gerando outros. Mas você não tinha previamente uma espécie de restrição do tipo: "ah, eu que não quero tomar remédio?". Eu sou filha de uma de pessoa muito naturalista. Minha mãe tudo tem um chá, tem melado, tem... Tudo ela faz. É muito caseira, minha mãe, em relação à medicação. Então, eu sempre tive uma certa resistência em relação à medicação de farmácia. Nós sempre tomamos mais medicamentos caseiros. Só que nesse momento, o chá não resolvia, algumas coisas caseiras não estavam resolvendo. Por isso eu recorri a essa medicação. A questão da dor foi algo que foi muito fundamental para mim, porque eu comecei a sentir dores que eu não conseguia controlar. Eu acho que... Eu até eu até penso, e na minha teoria, são as dores que acabam também... Depois da fibromialgia, e dessa questão que afetou o meu corpo com dor, eu comecei a procurar mais a medicação da farmácia, e no caso de dormir. Porque a dor é algo que incomoda, que me incapacita. Então foi algo que me fez procurar. Eu troquei de medicação muitas vezes, até chegar em uma medicação que tivesse um efeito colateral menor.
- Não, sempre com o mesmo médico, desde o início. Desde o primeiro momento até hoje ele me acompanha. Eu nunca mudei e ele sempre foi muito compreensivo. Inclusive, eu sabotei durante um tempo, porque eu dizia que tomava medicação e não tomava... Porque eu tinha essa resistência. Quando começava os efeitos colaterais eu ficava muito... Depois eu comecei a confiar mais nele. Mas eu também converso, quando eu falo pra ele: "olha, já estou bem, eu não preciso, eu não quero...". Ele vai tirando a medicação e eu consigo ficar sem, sem problema. Eu já tenho essa liberdade com ele, de conversar e confiança de falar: "olha, não estou bem, não vou continuar com essa medicação". Ele também é muito tranquilo em relação a tudo isso. E ele avalia muito, me ouve muito. Talvez por isso que eu continuo com ele até hoje.
- Sim, eu leio tudo. Mas no início eu lia mais. Teve uma época em que ele passava as medicações, e eu começava a ler e começava a sentir os sintomas. Aí ele pediu pra que eu não lesse, que colocasse o meu marido para ler, e caso eu sentisse alguns dos sintomas, que eu falasse para o meu marido ou comunicasse a ele, eu tenho o telefone pessoal dele,

para que ele tomasse as decisões. Até porque eu fiz neuropsicanálise, durante um período, para tentar entender o que estava acontecendo comigo. E ele falava que eu não poderia me autoanalisar e medicar. Aí eu comecei a fazer isso. Mas eu sempre tive uma resistência muito grande nessa questão de alteração de medicação, de aumento de dosagem. Então, depois que eu consegui uma medicação que foi mais tranquila comigo, que é a Venlafaxina, que eu tomo em caso de... Quando eu estou muito ansiosa ou depressiva, com alguma dificuldade para dormir. Aí eu tomo uma Venlafaxina, um Olcadil. Dolamin Flex em caso de dor muito forte, porque têm períodos em que eu tenho dores de cabeças insuportáveis ou no corpo. Então eu tenho que tomar medicação, não tem como fugir. Mas eu sempre tento manter a Venlafaxina na menor... Eu peço pra ele manter na menor dosagem possível. Eu já cheguei a 150mg, mas geralmente eu tomo 75mg.

- Isso, eu sempre falei. Teve períodos que eu me afastei, não falei não. Eu fui ficando bem, eu estava... Na verdade, às vezes, o afastamento me fazia ficar mais tranquila, e isso de certa forma me... Eu ia abandonando a medicação de alguma maneira. Houve momentos em que eu tive que retornar e houve momentos em que eu não precisei retornar.
- Em casos extremos.
- Como eu passei, assim, mais de 30 dias sem dormir, com dores insuportáveis no corpo. Eu acho que quando chega nesse nível que você... É uma sensação de quase de morte eminente mesmo. Parece que a gente... Eu tinha a sensação que ia morrer. Eu tinha dificuldade de respirar, eu tinha dor no corpo, eu não conseguia dormir. Eu não conseguia ficar no meu ambiente de trabalho. Nem me relacionar com as pessoas direito. Então eu acho que quando chega nesse extremo, sim, eu acho que tem haver a medicação, sim. Mas de forma muito responsável, como o meu médico faz comigo. Com muita responsabilidade, porque não é... É muito complicada essa medicação. A medicação que trata essa questão de ansiedade, ela é muito complicada. É complicado os efeitos colaterais, eu tive que passar por muitas medicações até encontrar uma que realmente fosse menos prejudicial. Porque eu não acredito que ela seja assim... Faz bem... Eu sempre converso com o meu médico, é como se fosse assim, a minha última alternativa. E sempre que eu procuro é com muito sofrimento, eu não procuro meu médico porque "ah, porque... Eu preciso de...". Eu preciso dormir, eu preciso controlar as minhas dores, eu preciso me relacionar com as pessoas. E chegou nesse nível. Quando chegou nesse nível, aí eu realmente eu preciso de uma medicação. Principalmente a questão da dor. A dor é algo que me incomoda muito. E a fibromialgia ela gera essa questão da dor, que é muito... Se eu entro em um processo de ansiedade, automaticamente meu corpo começa a ficar dolorido. É um processo que vai se desencadeando. E como eu já conheço esse processo, eu sei o que geralmente desencadeia, eu consigo identificar algumas coisas que são gatilhos, eu já procuro ajuda. Mas eu procuro ajuda em um momento extremo. Eu amaria ficar sem essas medicações, entendeu? É muito bom pra mim quando eu fico sem.
- Muito melhor, muito melhor. É quase, assim, uma sensação de liberdade, de libertação.
- Até hoje sinto. Eu sempre sinto, é algo que me incomoda. Por isso eu tento me manter na menor dose possível, e fazer tudo o que é possível fazer de alimentação, respiração... Eu já cheguei a fazer acupuntura, massagem. Eu já busquei ajuda de todas as maneiras. As garrafadas da mamãe, medicação natural, chá. Eu tenho um pé de Cidreira, pé de Capim Santo. Tudo o que é natural, que pode me ajudar de alguma maneira, eu busco.
- Eu acredito que sim. Toda medicação, principalmente essa controlada de tarja preta ou vermelha, ou qualquer que seja, ela traz esse risco. E por isso que eu estou te falando que eu tento fazer o máximo possível para me recuperar de forma natural, para que haja uma menor dependência. Só que têm coisas que fogem ao meu controle, por exemplo, quando o meu ambiente de trabalho me estressa e outras coisas interferem, não só o meu comportamento. Eu sei que meu comportamento interfere, faço terapia. E sei que minha atitude em relação ao outro vai interferir, na minha ação e na minha reação. Mas têm situações que não dependem só de mim. Funcionamento do meu ambiente de trabalho não depende de mim, a posição da outra pessoa não depende de mim. E a partir do momento

que eu me defenda de uma situação que me estressa, aquilo também pode me gerar uma situação de stress. E eu já passei muito por isso no meu trabalho. Quando eu fui readaptada... Eu sou readaptada desde 2011, e a partir da minha readaptação, com as limitações, as pessoas ficam me testando e me colocando em situações que eu sou levada a situação de stress, porque é algo que eu não posso fazer, eu falo que eu não posso e a pessoa está insistindo. Então isso me gera um stress. O próprio ambiente de trabalho, quando está tumultuado, quando está estressante, ele vai me gerar uma situação de stress. Eu tenho que me afastar disso, mas as pessoas não entendem. Quando eu tenho que fazer esse afastamento ou me manter mais isolada ou... Isso gera atitudes de pessoas que também me estressam.

- Na própria readaptação. Então eu tive que me reinventar. Na verdade, eu já passei por muitas funções depois que eu readaptei. E é uma reinvenção todos os dias. E isso era algo que também me assustava. Eu demorei muito a aceitar a readaptação, porque a sala de aula era algo que de alguma forma me realizava. Me realizou até o momento da readaptação, até quando eu não pude mais. Mas era algo que eu conhecia, que eu me sentia mais segura. A partir do momento em que eu tive que deixar a sala de aula e assumir uma outra função, é tudo novo. Então eu continuo sendo professora na nomenclatura, mas eu não assumo a função de professora. Eu sou um suporte, e um suporte para várias coisas, muitas vezes de situações em que eu não tenho condições de dar esse suporte, mas eu sou cobrada para isso. Então, isso também gera uma situação de stress. E dizer um não para uma pessoa que tem ansiedade, que já teve depressão, como é o meu caso, que passou por todo esse processo de adaptação de função, é muito complicado. Às vezes eu falo, e na maioria das vezes eu tenho que falar: "não". Porque é algo que vai ferir de alguma forma o que eu estou vivendo hoje. E eu não posso aumentar a minha medicação mais do que eu já aumentei. Têm momentos em que eu não consigo lidar com essa pressão.
- Muito, muito, muito. A terapia é algo, assim, tanto o psiquiatra que me acompanha, ele é muito fundamental nessa minha retomada, quanto a terapia. A terapia é algo que eu sempre busquei nos momentos mais difíceis.
- Várias vezes. É como se você tivesse... Não conseguisse... Uma deficiência mesmo, de controlar a si mesmo. Então eu me sinto vulnerável quando eu tenho que fazer isso. E meu sinto... Eu não sei explicar bem, mas para eu tomar atitude de procurar o médico, geralmente eu tenho que estar na minha situação extrema. Porque é algo muito dolorido, pra mim, assumir que eu tenho essa fraqueza. Não sei, é como se fosse uma fraqueza. É muito difícil lidar com essa vulnerabilidade, eu me torno vulnerável. Quando eu estou assim, nessa situação, eu fico muito vulnerável. Na verdade, eu estou vivendo esse momento.
- Eu tento passar, eu vou localizando onde eu posso me apegar para passar, entendeu?
- Não, tranquilo.
- E vai passar.

\*\*\*\* \*Peterson

- Vixe Maria. Bom, quando menor eu tive uns problemas de saúde. Então eu demorei pra andar... Não demorei pra falar, mas demorei pra andar. E eu tinha alguns problemas de saúde. Eu tenho até hoje problemas com lactose, essas coisas aí. Aí dando gap lá para os meus 14 anos, eu tentei suicídio com remédio. Eu nem me lembro mais o nome dos remédios. Até um tempo atrás eu lembrava. Depois disso, eu... Já dando um salto bem maior, lá pelos 20 e poucos anos, eu trabalhava durante o dia inteiro e estudava à noite. E aí comecei a ficar cansado. Aí foi quando eu entrei para a onda da terapia. Eu digo onda porque naquela época, assim, "ah, você tá com problema, faz terapia", né? Eu participei... Meu primeiro projeto...
- Deu alguma coisa aqui. Aí depois disso eu continuei com o processo de terapia, mas aí já não mais tão obrigatório. E lá pelos meus 20 e pouquinhos, quando eu entrei na Secretaria

de Educação, o trabalho foi bem puxado, porque eu era cobrador de ônibus durante o dia... Professor durante o dia e o cobrador de ônibus à noite. E isso eu acordava às 05h da manhã. 5h da manhã eu já estava na parada, chegava em casa tipo 01:30 da manhã. Com o tempo eu saí da \*VIPLAN e, da VIPLAN, eu troquei pela faculdade. Então a rotina continuou, né? Aí, dá um pulinho a mais, casei. Aí depois desse casamento a coisa meio que degingolou. Eu já tinha entrado em um processo de não conseguir dormir, de ansiedade muito grande. Aí eu passei a fazer tratamento psicológico e psiquiátrico. Dentro disso eu já também muitos remédios, eu não sei o nome de todos, mas aí... Eu cheguei a tomar... Sofri um acidente de carro em 2013, e aí eu realmente não consegui mais dormir, e chega ao ponto de tomar os mesmos remédios que um aluno meu com autismo tomava. Aí há um ano e meio, mais ou menos, eu, por conta própria, resolvi parar de tomar esses remédios. Então hoje eu não estou tomando remédio, apesar de acreditar que precisa deles, porque eu não consigo me concentrar, não consegue dormir direito, mais ou menos. E a última sessão de terapia que eu tive, a doutora pediu para eu procurar o meu psiquiatra novamente, porque ela achava que o meu nível de excitação e ansiedade só a terapia não ia conseguir resolver. Mas aí, por fim, não coincidiu de eu conseguir marcar um horário com ele. E eu fiz 12 sessões de terapia, uma semana. E faltam 3 para terminar o processo de 15. E talvez, na próxima semana, eu procure um psiquiatra. Mas aí eu... Se quiser ainda (caçar) [00:04:14] aqui o nome dos remédios que eu tomava.

- Olha, uma das coisas que o psiquiatra me disse que, depois de um certo tempo eu levei para a minha vida mesmo, é: eu não leio a bula dos remédios, porque eu sei que eu vou adoecer quando eu leio. Porque todos eles têm efeitos adversos. E quando você começa a prestar atenção nos efeitos adversos você começa a viver os efeitos que, às vezes, nem causam em você. Mas, assim, um dos que eu tomei, foi logo que eu sofri o acidente de carro, me causou não ereção. Eu não tinha ereção enquanto eu tomei. Foram uns sete, oito meses. Mas aí também coincidiu de eu ter feito a cirurgia de fratura de fêmur, e a musculatura toda ficou prejudicada. Mas aí eu inventei de ler, aí sabia que isso ia causar, até que eu cheguei no médico e falei: "olha, esse remédio não dá pra eu tomar. Além da minha musculatura não funcionar por conta da cirurgia...". Porque abriu de próximo do joelho até na cabeça do fêmur. E aí acabou que ele substituiu, me deu um remédio um pouquinho mais fraco. Só que depois disso eu fui só substituindo remédio, porque uns causavam pesadelo e tal. Mas, assim, hoje, por exemplo, eu tomo um remédio que não é psiquiátrico, mas ele é um remédio imunossupressor, eu vou tomar para o resto da vida, e que ele me causa mais ou menos as mesmas coisas que causa quando tomava o segundo que eu tomei dessa questão da disfunção erétil por conta do remédio. Mas, assim, basicamente o que eu tomo agora, que não é psiquiátrico, mas me causa esse... Nos dias que eu tomo, o meu nível de ansiedade vai muito acima, o meu coração acelera muito. Não sei se você viu que eu estava com a mão aqui? Normalmente me causa umas pontadas, mas graças a tudo que é de bom, são só poucas pontadas, não chega a ser dor de cabeça. E eu acho que é isso. São vários efeitos, né? Cada um gera um efeito diferente.
- Eu tomo Metotrexato. Mas eu tomo Metotrexato, tomo Alopurinol, Ácido Fólico e Colchicina. São quatro remédios. Colchicina e Alopurinol eu tomo todos os dias, de domingo a sábado, pro resto da minha vida. E o Metotrexato eu tomo segunda e terça, e o Ácido Fólico eu tomo na quarta. Então, toda segunda e terça eu passo muito mal a ponto de... Eu como e o meu organismo funciona muito rápido, entendeu? Assim, tanto que quando eu estou na rua eu não como, só como quando eu estou em casa, porque meu organismo funciona muito rápido mesmo. Muito rápido. Não sei se digeri toda comida, mas acontece alguma coisa que eu... Você me entende?
- Eu não sei se, no caso, melhora. Eu sei que, sim, no sentido de melhorar para curar. Mas eu sei que de alguma forma eles são bloqueadores, né? Em algum dos remédios que eu tomei, por exemplo, que eu não vou lembrar o nome, eu estava com a faci... Não é uma facilidade, eu não estava conseguindo muito controlar o choro. Então eu chorava com muita facilidade. E um dos remédios era esse bloqueio de choro, não sei se é assim que chama.

Aí o que acontece? Eu saí de muito emocionado e sem reação nenhuma. Não tinha um meio termo. Hoje, por exemplo, assisto uma TV... Ontem eu estava assistindo um programa e uma situação me causou choro, porque em algum momento a gente se identifica com aquela situação. Mas aí passou o episódio, eu chorei naquele pedaço, depois voltei ao normal. Mas assim, volta e meia, do nada, me dá vontade de chorar. Que dia foi? Já é segunda? Acho que foi na quinta ou foi na sexta, eu tive que, literalmente, levantar dessa cadeira e bater perna. Eu tive que sair, porque senão eu não conseguiria não chorar. E eu não sei se o remédio ajudaria, mas eu sei que existe esses inibidores. Mas eu não sei como, literalmente, funciona. Como eu te disse, chegou a um certo momento que eu prefiro não ler a bula para não correr o risco de sentir alguma coisa que o remédio não me causaria.

- Olha, eu costumo acreditar que se você toma um remédio ele vai te gerar algum efeito. Então, meio que o meu organismo já espera que eu tenha uma resposta positiva. Não sei se causa, se de fato esta resposta acontece, mas assim, exemplo: esses remédios psiquiátricos que eu tomava pra dormir. Eu cheguei a um ponto de ter que tomar dois comprimidos à noite pra dormir. No início da noite eu não conseguia dormir, conseguia dormir um pouco mais tarde. Em contrapartida eu acordava no horário normal, com o despertador. Aí eu era obrigado a tomar dois remédios para me manter acordado porque o período que o remédio tinha que causar sono, ele era retardado, aí acordava de manhã já com sono. Então eu ficava com sono até um período maior. Então, chegou um momento de eu tomar remédio para dormir, e remédio para ficar acordado. Eu não sei se há esse efeito retardado, mas durante praticamente todo o meu processo de uso desse medicamento, eu tive que fazer isso. Até que interrompi logo tudo. Aí hoje eu não durmo com aquela qualidade toda, mas pelo menos não tem o remédio. Dos males, o menor.
- Não, é porque algumas reações que são naturais para gente, como o choro e o riso, a gente tem que vivê-las. E de alguma forma, de certa forma, um dos remédios me tolhia essa questão, era muito raro eu ter uma reação de choro. Riso não, porque, riso, eu sou o maior taquara rachada, eu rio mesmo. Às vezes eu rio até de chorar. Tem época que eu começo a chorar e eu tô assim "por que é que eu tô chorando?". Aí começo a rir por causa disso. É meio louco isso, mas tudo bem. Por isso que eu faço terapia, né? Mas, assim, não é que seja uma opção. É porque eu estava condicionando a minha vida, literalmente, aos remédios. Hoje eu preciso de um nível maior de concentração. Então hoje talvez eu voltaria a usar. Mas sabe quando você posterga a ida ao psiquiatra, porque sabe que ele vai te passar os mesmos remédios, as mesmas coisas. E o remédio, tipo... Eu não estou saindo agora por conta da pandemia, porque eu sou do grupo de risco. Então eu fui a Brasília desde... Eu não moro em Brasília, eu moro em Cristalina de Goiás. Eu só fui a Brasília sete vezes, dessas sete, cinco foram literalmente para ir ao médico, entende? Aí, se e quando, eu for ao psiquiatra, eu vou associar ir ao psiquiatra e ter que resolver alguma coisa. Eu não vou só para ir ao médico. Aí eu prefiro ficar do jeito que eu estou, mas sem ir ao médico. Até porque quando eu faço uso desses remédios... Tipo, eu só tomo cerveja, mas naquele horário que eu estou tomando remédio eu não posso fazer ingestão de bebida alcoólica nenhuma. Então eu prefiro tomar cerveja do que tomar remédio. Nesse caso eu prefiro.
- É porque, normalmente, na bebida... Só tem uma coisa ruim que está me acontecendo agora, por exemplo. Eu estou ficando sem freio. Tipo, se em algum momento você me falou alguma coisa que me incomodou e ocorreu hoje de a gente se encontrar, se o papo virar eu falo tudo. Se não virar, eu não falo. E eu fiz isso duas vezes nos últimos 15 dias. Não que eu tenha ofendido a pessoa, mas acho que meio que deu uma liberada no meu superego. Então dá uma liberada nisso tudo e eu perco meio que a noção e falo mesmo.
- Não é bem o efeito do álcool, mas sabe aquela sensação de medo e de limite que se você acha que você não tem que ter mais?
- Então, eu acredito que seja isso. E assim, eu não costumo esquecer o que eu falei. Só que quando é importante, eu lembro literalmente. Quando não é, que foi só um descarregar



mesmo, aí eu também faço questão de esquecer. Até porque nem esquento com nada. Depois que eu falei, acabou.

- Vixe Maria. A primeira vez que eu fui a um psiquiatra? Bom, o meu acidente foi em 2013, antes disso eu já tinha ido, deve ter mais ou menos 10 anos.
- É, próximo de 10 anos.
- 41.
- Por aí, quase uns 30 mesmo. Literalmente depois dos 30. Porque até aos 30 eu ainda estava tranquilo, eu acho.
- Na verdade a gente vai para o psiquiatra porque todo mundo acha que você é meio tãntan das ideias, e que você não se controla e que só remédio te controla, entendeu? Então já fui na certeza de que eu ia receber medicamento e que o medicamento ia fazer alguma coisa. E em determinado momento eu realmente acreditava que o medicamento fosse me deixar centrado, que me deixasse com a boquinha um pouquinho mais fechada, que eu não falasse o tanto de coisa que eu falo. Porque eu sou bem falastrão, bem falastrão mesmo. E até um certo momento eu acreditei, né? Porque o remédio deixa a gente meio grogue, não sei o porquê. E, às vezes, quando eu usava remédio que eu ficava muito agitado, muito ouriçado, eu sentia uma certa tontura, que o médico dizia que era normal, né? Aí por conta de eu ter tomado, uma época, um anticoagulante porque eu não podia ter um excesso maior de ansiedade ou de agitação. Porque aí o sangue corria mais rápido e corria um monte de risco, aí como o remédio me deixava um pouco mais grogue eu até gostava quando me obrigava a não falar tanto. Porque, normalmente, dependendo do que a gente esteja discutindo, por exemplo, na reunião de trabalho, se eu me irritar eu começo a gritar e... Gritar, não. Falar alto, bem alto mesmo, querendo vencer os meus discursos.
- Esse meu comportamento agitado?
- Sim, sim.
- É. Não vou nem dizer de certa forma, era isso mesmo. É porque a gente sempre quer um autocontrole. E quando você não tem você recorre a alguma coisa específica. Exemplo: eu tenho muita coisa para fazer, um monte para analisar, porque eu tenho que entrar um artigo agora sexta-feira. E eu não consigo me concentrar. Hoje de manhã eu tive aula e depois da aula eu consegui escrever alguma coisa, e depois me desconcentrei. Então, talvez um medicamento rolasse alguma coisa, assim. Mas, assim, eu mudei um pouquinho em 12 sessões de terapia. O meu nível de ansiedade diminuiu um certo grau. Eu acho que o meu nível de depressão reduziu um certo grau apesar de, volta e meia, eu sentir essas vontades de chorar. Mas também tem todo um apelo, né? Tem a questão do meu trabalho, tem a questão de uma relação amorosa que não está bem resolvida, tem a questão das etapas a se cumprir no meu mestrado que, quer queira, quer não, são emergenciais. Não é querer amenizar, mas eu acho que tudo tem um por que. Mas eu acho que tudo tem um, porquê. Eu só não sei o porquê de eu ser tão agitado. Agora, de estar ansioso eu sei, né?
- O único remédio que até hoje eu tenho limitação, se eu não me engano é Benzetacil. Ele eu não posso tomar porque eu me embolo. Mas, assim, outro medicamento eu não tenho restrição.
- Ah, não. O único remédio que eu acho que ainda não preciso usar é a pílula azul, o restante tá tranquilo. O restante eu sou tranquilo pra tomar. Depois de ter tomado muito remédio depois da minha cirurgia, eu tenho uma resistência muito grande à automedicação. Não tomo nenhum remédio sem nenhuma orientação, não tomo. Tipo, eu sinto alguma dor, que já é uma dor na minha perna, uma dor mais corriqueira. Eu já tomava, por exemplo, Ibuprofeno. Eu vou tomar um mês de Ibuprofeno. "Ah, toma o Dorflex". Não, nunca tomei Dorflex na vida, não vai ser agora que eu vou tomar. Volto para o mesmo remédio. Então, assim, eu paro de tomar os remédios, independente se tem prazo de validade ou não, eu joga tudo fora. Para não criar essa cultura da automedicação.

- Legalmente falando eu não posso fazer isso, né? Mas para algumas pessoas que... Inclusive para mim.
- Eu me indicaria remédio, eu me indicaria remédio. Eu acho que eu preciso, de alguma forma. Eu preciso de algo que consiga me deixar centrado, entendeu? Tipo estabelecer um objetivo, começar e terminar até alcançá-lo. Isso eu ainda não consigo fazer. Então eu acho que eu me recomendaria. Eu não sei se isso é bom ou se é ruim, mas...
- Eu talvez não tomar... Tentaria não tomar os mesmos remédios que eu já sei os efeitos.
- Sim. Os efeitos que eu vivi, não de bula, entendeu?
- Talvez esses eu não me oportunizaria mais usar. Mas outros eu faria teste, não tem problema, eu acho. Talvez depois que tudo acabar, o mestrado acabar, a partir de novembro do ano que vem. Quando tudo isso acabar, talvez eu não precise dos remédios. Talvez precise mais, né? Porque eu pretendo entrar no doutorado. Aí a dose vai ter que aumentar. Mas é isso, eu não sei o remédio talvez fosse a melhor opção. E possivelmente eu sou a pessoa menos indicada, porque eu sei os bons efeitos da atividade física. E eu sou professor de educação física e não pratico nenhuma atividade física, tirando o mínimo de atividade que eu faço como atividade fisioterápica. Caminho na esteira, ando um pouco de bicicleta ergométrica. Mas isso, basicamente, por conta da perna que perdeu muita musculatura em função do tamanho da abertura da cirurgia. Acho que é isso.
- Eu só tenho receio porque alguns aceleram muito os batimentos cardíacos, né? E às vezes eu tenho medo de tomar o remédio e morrer. Mas, assim, morrer por causa do remédio, porque morrer a gente já vai um dia, né? Então, geralmente quando eu começo um remédio novo, eu sempre começo tomando pela manhã por eu ficar acordado durante o dia para observar algum tipo de reação. E depois, com o tempo, eu vou aumento uma horinha a mais daqueles remédios que podem ser tomados à noite, pra tomá-los sempre à noite. Esses dois que eu tomo agora, o Metotrexato e o Ácido Fólico, eu sei que o Ácido Fólico não tem problema nenhum. Não para isso, mas o Metotrexato, por exemplo, eu comecei tomando pela manhã. Não, eu comecei tomando à noite, aí fiquei com muito medo, aí virei para o médico e falei: "ó, eu vou tomar só de manhã, só se for de manhã, agora". Aí eu só tomo de manhã. Porque eu tive um amigo que tomou e teve reações. Por isso eu fiquei com medo, aí conversei com o médico e só tomo pela manhã. Mas em relação aos psiquiátricos, se for para dormir, por exemplo, eu não tenho problema, né? Olha como é que funciona, era pra dormir, eu tomo à noite, né? Mas o... Eu não lembro, agora, um dos remédios que o meu aluno tomava. Eu tomava à noite e ele tomava durante o dia. Ele tomava para conseguir ficar tranquilo para assistir aula, e no meu caso eu tomava para eu conseguir ficar mais tranquilo e conseguir ter uma noite de sono. Aí ele estava associado com outro remédio, aí eu dormia e tinha pesadelos. E acordava muito mais agitado do que quando eu estava me preparando para dormir.
- Não, eu chego lá, o médico conversa comigo... Ele faz uma sessão meio terapia, ele fica calado só me ouvindo, me ouvindo, me ouvindo, me ouvindo. Depois de tudo ele fala assim: "toma esse remedinho?" Aí você pega a bula, eu pego o atestado e vou embora. É o que sempre acontece.
- Se não me falha a memória, eu acho que eu devo estar no terceiro psiquiatra até hoje. É, eu acho que é o terceiro. Terceiro psiquiatra até hoje. Eu tive um que eu não sei nem mais da onde é que... Uma... Não, mentira. Não, é isso mesmo. Eu tive uma psiquiatra que era na clínica... Na 910, Sul. Como é que é o nome daquela clínica? Que agora virou tipo um hospital particular, não atende mais convênio. Eu não vou lembrar o nome agora. Lá no Mix Park Sul, doutora... Patrícia? Eu não lembro mais o nome também. E eu sempre ia lá só para pegar receita. Era só para renovar a receita mesmo. Acho que na primeira e na segunda consulta ela ainda me atendeu bonitinho e depois foi só renovar consulta. E agora eu estou com um doutor, \*Hassan, na clínica \*Saffa. E no início eu (inint) [00:24:35] agora eu chego lá, choro as minhas tamancas, ele fala: "ah, então vamos ver se esse remédio

aqui dá certo". E no caso desses dois últimos que eu tenho certeza mesmo, na primeira consulta eles me deram um remédio que era tipo uma amostra grátis para eu ver se eu me adaptava. E na segunda consulta eles deram o mesmo remédio, só que na dosagem que eles achavam que era a correta. Foi a única vez que eu fiz teste de remédio. O restante foi no máximo, assim, ele me passou o remédio, aí eu voltei dizendo: "ó, me adaptei, não me adaptei". Sou eu que quis voltar. Aí ele dosou o remédio, só que o mesmo, entendeu? Então, assim, teve um remédio que eu comecei a tomar 50mg, depois foi pra 100mg, depois foi pra 200mg. E quando eu resolvi querer parar, eu avisei isso pra ele, aí ele diminuiu para 150mg. Aí depois de um tanto de tempo eu parei tudo. Nem voltei lá pra dizer que eu tinha parado tudo.

- Não, a impotência foi 2013, 2014 e 2015.
- Eu já não estava achando que o remédio fazia efeito.
- Não, porque eu pedi para diminuir. Então quando eu parei estava com 150mg, mas aí eram dois remédios que eu tomava: já não estava tomando quatro, estava tomando só dois. E desses dois, um tinha acabado, aí eu falei: "ah, não vou comprar mais, não". Aí como eu não estava tomando um, eu também não estava tomando o outro. Aí parei logo os dois. Nem lembro mais o nome do outro, um eu ainda tenho a caixa cheia.
- É, davam uns R\$ 200,00 eu acho, por mês. Eu não sei mais muito o que é caro, porque como eu tomo remédio para o resto da vida, então eu já acostumei. Mas, assim, remédio de R\$80,00 a R\$100,00. Acho que eu tenho uma caixa aqui, deixa eu pegar. O nome é esse aqui, Donaren.
- Não, 100mg.
- Ainda tenho esse outro aberto.
- É, esse eu tomava dois comprimidos por dia, então era 200mg.
- Eu já tomei outros cloridratos de trazodona, nem lembro mais. Acho que ainda deve ter algum solto ali na gaveta, porque de vez em quando ainda acho remédio solto pelas gavetas de casa.
- Normalmente você conhece o princípio ativo, sabe o princípio ativo além do nome comercial?
- Não, eu só leio o que está escrito assim.
- Mas é porque às vezes você não lembra o nome, aí olha o princípio ativo e a moça mostra a caixinha... Se bem que esse é com uso controlado, né? Então esse era sempre com receita. Mas teve uma vez que eu não estava bem, aí fui para o aeroporto, peguei um avião... Do nada. Não estava bem, aí fui para o aeroporto, comprei uma passagem aérea. Aí faltava, acho, uma meia hora para o avião sair, fui na farmácia do aeroporto e falei assim: "dá um remédio calmante qualquer". A moça me deu um natural. Aí já tomei dois comprimidos ali na própria farmácia. Entrei no avião, fui parar em Fortaleza. Do aeroporto de Fortaleza eu aluguei um apartamento por Airbnb. Peguei um Uber, fui para o apartamento na beira da praia, perto do Crocobeach. Aí fiquei o dia inteiro no hotel, no outro dia eu fui para o shopping e comprei um livro (O Amor nos Tempos do Cólera). Aí saí do shopping, fui para a praia. Fiquei lá, li umas 40 páginas. Voltei para o apartamento, passei o resto da semana dentro do apartamento, depois peguei um avião e voltei. Quer dizer, saí de Brasília pra ir pra Fortaleza pra ficar dentro do apartamento. Só saía para comer. Mas foi em um período bem de crise mesmo. Não avisei para ninguém, só tinha uma amiga que sabia que eu estava lá.
- De sumir assim? Não, só essa. Mas tem dia que eu não quero atender telefone, que eu não quero ver WhatsApp, que eu não quero ver nada. Aí não atendo ninguém. Ninguém, ninguém, ninguém, ninguém, ninguém. Mas deixo o telefone ligado.

- Sim. Eu moro sozinho já tem três anos e meio, desde que eu me divorciei. E de lá para cá a coisa tem degringolado, né? Ainda bem que eu estou em limitação de regência, não estou em sala de aula, por conta... Primeiro foi a cirurgia da perna, depois eu fraturei esse braço, esses dois ossos. Aí no início do ano passado eu tirei vesícula e apêndice em um intervalo de 30 dias de uma para a outra. E daí pra frente eu estou com o trabalho, mas não trabalho com aluno, trabalho só com os colegas, só faço suporte pedagógico para os colegas.
- Eu sei lá. É complicado você teorizar isso, pra mim, que não sou especialista nisso.
- Talvez eu responda com exemplos o que acontece. Às vezes eu... Tipo, estou em casa agora, não saio para canto nenhum. Tem dia que eu só saio para ir ao mercado comprar comida e volto para casa, não faço mais nada. Então eu já tenho esse hábito de a roupa que eu estou no corpo já servir para sair, eu não tenho problema com isso. Então, eu até tenho uma piadinha: se o lugar que você for não aceita sandália, não é para você estar lá. Então, é mais ou menos o meu discurso. Eu uso Sandália Havaiana, bermuda e camiseta. Essa é a minha vestimenta para o trabalho, para a faculdade, para qualquer lugar. Quando eu vou em algum lugar que eu preciso de uma calça comprida, eu ponho dentro da bolsa. Aí eu uso para algum lugar específico e depois eu tiro. Mas, assim, um dos reflexos de uma pessoa que tem essa questão da ansiedade e da depressão é... Claro que aí eu faço uma justificativa de mim mesmo, né? Como eu não vou sair, não vou nada, no máximo eu escovo os dentes. Então, às vezes, eu passo o dia sem tomar banho. Uma outra questão é, eu não faço comida. Se ninguém vier aqui para a minha casa, eu não faço comida. Eu como o que tiver, se não tiver eu não como. Então, na última semana eu fiquei três dias sem comer nada. Sem comer nada, nada, nada. No máximo na água e cerveja. Inclusive a minha vizinha, a moça que trabalha aqui em casa, disse pra ligar pra minha mãe, pra minha mãe brigar comigo pra me obrigar a comer. E uma das coisas que eu vi é que, uma das características básicas da depressão, é justamente essa falta do autocuidado. A importância que eu dou a outras coisas é muito maior do que a importância que eu deveria me dar, por exemplo. Até há umas duas sessões de terapia, ainda me veio a vontade de morrer, sabe? E isso é meio estranho... E minha dor de cabeça está voltando. E isso é meio estranho. Mas, assim, eu não sei se eu te respondi, mas eu tentei responder a partir de exemplos como eu me sinto, entendeu?
- Não. De falar que eu tomo remédio para depressão? Não, isso não me incomoda não, de forma alguma. De forma alguma. Não vejo problema nenhum, até porque quando eu tomo remédio a ideia é de que eu melhore. Então se der certo comigo e alcançar outras pessoas, acho que todo mundo tem que ser medicalizado. Eu só não acho que eu possa ficar indicando remédio para ninguém, né? Isso eu não faço, porque cada um tem sua rotina, sua estrutura corporal.
- Não, eu estou dizendo o seguinte. Porque se eu entro em um processo de medicalização é porque eu acredito que, de certa forma, eu consigo melhorar com isso. Só que cada corpo reage de uma forma aos remédios. Então o máximo que eu faço é dizer assim: "ó, procura um médico". Isso eu faço com frequência. Algumas colegas estão meio mal, eu falo: "ó, o meu psiquiatra é legal, então vai lá no meu psiquiatra; a minha psicóloga é legal, vai lá". Indico os nomes, entendeu? Mais do que isso eu não faço não. Tirando a minha amiga que me deu umas três caixas de remédio aí. Eu já cheguei a tomar Rivotril. Foi muito legal, dá uma lombra muito boa. Fica bem grogue assim com o Rivotril. Mas como eu não tomava por recomendação médica, eu tomei porque no dia teve uma reunião da escola que eu fiquei muito, muito, muito nervoso, aí a minha colega me deu um comprimido. Tem meio miligrama, né, 0,5mg. Aí tomei um desse e voltei, pra casa, grogue que é uma beleza. Mas deu para chegar em casa.
- Eu gosto da terapia. Eu gosto da terapia, mas como eu tinha te dito, a minha própria terapeuta avaliou que o nível que eu estava, talvez só a terapia não resolvesse. Ela acreditava, e talvez acredite, que eu preciso de uma centralização maior. De, tipo, estabelecer um foco e conseguir, de alguma forma, caminhar para aquele foco. Então, nas

minhas últimas sessões, ela estava me dando uma coisa que eu mais odeio no mundo, de todas as sessões de terapia que eu já fiz na vida, que é trabalhar com objetivos. Então ela meio que pontuou, pediu para pontuar o que eu precisava fazer, e a cada semana eu tinha que cumprir uma daquelas tarefas. Ainda tenho uma, pendente. Assim, eu já tive uma terapeuta que trabalhava com objetivos, por metas. Cada semana você tinha uma atividade. Foi a que eu menos gostei, foi a que eu menos gostei de todas. Mas essa deu certo, porque tinha os dois lados, né? Ela conversava bastante e agora no final que ela estabeleceu certas tarefas. Mas, assim, eu não elimino de tudo a possibilidade de medicalização, não. Existem pessoas e pessoas, né? Por um tempo, até, os meus remédios resolveram. Depois de um tempo... Não sei, é porque também a questão dos meus remédios eu parei um pouco depois do meu divórcio, né? Então, depois do meu divórcio, acredito que muita tensão tenha sido liberada. Aí talvez o remédio já não tivesse tendo o mesmo efeito que tinha quando eu tinha os meus problemas de quando casado.

- Não deveria ser, mas parar de tomar eu parei sozinho. Agora, para voltar eu não tenho coragem de voltar sem recomendação do médico, não tenho.
- Não, mas eu parei um ano e meio depois do divórcio. Não foi imediato, não. Tem uns dois anos, acho, que eu parei totalmente de remédio. Não foi imediato, não. Eu separei em fevereiro de 2017, só que eu já estava separado de corpo desde julho de 2016. Acho que é isso, essa data. Ou será que foi 2018? Ah, uma das coisas que acontece, a minha memória não tem funcionado muito bem, sabe, para esse tipo de data. Uma vez a minha terapeuta disse que isso pode ser por conta das situações de sofrimento, então meio que meu cérebro quer deletar essas informações. Pode ser, também. Pode ser, porque eu não lembro de tanta coisa traumática da minha infância, também. Mas tudo bem. Ela disse até que eu sou meio recalcado.
- É, na hora incomodou, mas depois eu fui pensar. Calma, tem recalque para dois tipos de linguagem. Aí como ela é psicóloga, eu fui procurar o recalque na psicologia. Falei: "é, talvez seja isso mesmo". Então aí lidei bem com o recalque, mas na hora que ela falou eu fiquei muito mal, fiquei muito chateado.
- Não. Não, não, não. Porque, por exemplo, vamos falar, como a gente está nesse momento totalmente digital, né? Uma das coisas que eu não faço, em lugar nenhum, nem no Google, nem em canto nenhum, procurando pesquisa sobre remédio. Não faço isso. Semestre passado eu fiz um artigo sobre covid, no final dele eu falei sobre medicalização. Então eu busquei artigos científicos sobre remédios. Então como eu não procurei remédios especificamente, eu não recebo esse tipo de mensagem. Então o Google não me manda nada, FaceBook não me indica nada. E eu não tenho essa... Sabe quando aquele povo costuma sentar para dizer assim: "ah, eu tomo remédio tal, eu tomo remédio tal". Eu me privo desse tipo de conversa.
- É porque como eu não acredito, não gosto da... Depois de muito tempo, também, eu passei a não pensar nessa ideia de auto-medicalização, eu não preciso saber de remédios para eu tomar, entendeu? Até porque uma coisa é uma dor de cabeça, outra coisa é um remédio para, por exemplo: eu tenho artrite psoriática. Por conta da gota eu tomo uns remédios. Então, uma coisa é o remédio que eu sei que não vai causar grandes problemas, outra coisa é um remédio pra cabeça, entendeu? Porque dependendo de como ele funciona, ele pode mexer totalmente com a tua estrutura. Aí porque também não faço isso? Porque eu me vejo uma pessoa altamente sugestionável. Altamente sugestionável. Então eu prefiro não enveredar por esse caminho porque eu sei que isso não vai me trazer boas coisas. Eu sou altamente sugestionável, mas eu não sou hipocondríaco, entende?
- Sim, porque o que acontece. Se eu leio lá e disser assim: "nos primeiros dias você vai sentir muita dor de cabeça". Às vezes eu nem tomo o meu remédio e já estou com dor de cabeça, sabe? Eu somatizo muita coisa. Às vezes o meu nível de ansiedade é tão forte que eu sinto dor de barriga, eu sinto cólicas terríveis. Então, assim, eu gosto de uma determinada pessoa. E quando eu imagino que ela esteja em determinada situação, meu coração

começa a acelerar, eu começo a sentir uma falta de ar e nada disso está acontecendo, entendeu? E a questão da somatização, especificamente, como eu tenho uma prótese no fêmur direito, às vezes eu estou sentado, em um tempo que não é considerado grande, só que o meu nível de tensão é tão grande que a perna começa a doer sendo que eu não caminhei, eu não corri, eu não fiz nada. Então não tinha nada que sugerisse que a perna poderia estar doendo. Mas eu sei que é por conta disso. Como eu não reajo de outras formas, eu somatizo. Por isso que de alguma forma os remédios me fizeram muito bem. Porque ele me acalmava, então meu cérebro começava a caminhar mais devagar. Eu começava a oxigenar direito de forma que eu pensasse e falasse, e não falasse e no meio da fala esquecer o que estava falando. Então, também tem uns efeitos positivos dos remédios que eu tomei.

- Sim, no trabalho foi o principal, porque foi lá que eu... Porque, assim, eu moro longe. Então, eu saio da minha casa 05:45 e chego às 20:30 quando eu estou trabalhando no presencial. Então, praticamente, a minha vida acordado é no trabalho. Eu chego lá 07:30 e saio 18:30. Agora não, né? Agora que eu digo, no último período de presencial. Eu estava chegando no trabalho 07:30, 12:30 eu estava indo embora. Porque todo mundo ia embora, por que é que eu tinha que ficar lá? Aí o que acontece? Com esses remédios eu passei a não me incomodar, ou não dar tanta importância, às coisas que não me diziam, literalmente, respeito. Às vezes aconteciam determinadas situações na escola que eu, na condição de presidente do conselho, achava que tinha que opinar em tudo e tentar resolver tudo. E não, eu só preciso opinar e resolver aquilo pelo qual eu sou convocado para fazer. E às vezes eu comprava os problemas dos outros para resolver. E eu não racionalizava muito bem isso. Então depois que eu comecei a tomar alguns remédios e eles começaram a me deixar um pouco mais centrados, eu passei a me incomodar menos com algumas coisas. Não que hoje eu não me incomode, mas...
- E você conseguiu, em algum momento, ter alguma vinculação a um medicamento específico que você dissesse...? Sabe assim, não sei se você utiliza analgésicos para dor de cabeça, mas você fala assim: "a dor de cabeça está chegando, eu vou tomar o Neosaldina, vou tomar uma Aspirina, vou tomar...". Que você sabe que aquele medicamento específico vai te trazer uma coisa específica, também, que é o alívio daquela dor, né? Com relação a antidepressivos, teve algum que você falou: "não, eu vou tomar esse porque, esse remédio, sempre que eu tomo ele me traz tal coisa".
- Não especificamente porque eu sempre tomava os remédios antes de sair de casa. Então eu já saía de casa medicado, e quando eu chegava de noite em casa eu tomava o remédio. Mas tem o contrário, né? Quando eu saía do trabalho e ia tomar alguma cerveja com os colegas, ou ia fazer alguma coisa que chegava em casa e não tomava o remédio ou então chegava muito agitado, eu associava: isso é porque eu não tomei o meu remédio na hora certa. Mas o único remédio que eu tomei que eu fiquei mais tranquilo foi o Rivotril, que foi no máximo uma ou duas vezes, que minha amiga me deu. Mas, assim, como o meu médico nunca tinha me indicado o Rivotril, então eu nunca comprei Rivotril para mim. Mas já chegou um dia de eu falar: "amiga, me dá aquele Rivotrilzinho aí pra eu me acalmar, porque vai ter uma reunião ali agora?". Eu já cheguei a fazer esse tipo de brincadeira, entendeu? Mas por conta desse episódio específico de eu já ter tomado, não sob prescrição médica, claro. Meu médico nunca passou.
- Não, eu acreditava muito no médico. O médico falou: "ó, você vai sentir melhoras disso lá pra... depois de uma semana, 15 dias". Aí meio que essa informação do médico eu já incorporava, aí meio que nesse meio período começava... Já chegou o dia de eu estar na escola bem tranquilo, porque já chegou o dia de você esquecer de tomar remédio, né? Quando acordava atrasado, não tomava. E estava super tranquilo na escola e às vezes eu falava: "gente, tô tão bem hoje". Minha amiga chegou a falar uma vez: "por quê?". "Não, engraçado. É porque eu não tomei remédio hoje". Ela: "ah, não se preocupa não. Agora que você lembrou, você vai surtar". Mas já aconteceu assim de eu esquecer de tomar o remédio e estar bem. Mas aí é uma questão meio fisiológica, né? Não sei se é a fisiologia

que chama. É que demora um certo tempinho para você, também, desligar todo aquele remédio do seu organismo. Então, pode ser isso também, né? Que até para o desmame você vai diminuindo a dosagem, um período longo. Até mesmo para aumentar, também aumentaria num período estendido.

- Na última vez, não.
- Na hora que eu parei, eu parei mesmo, de vez. Eu estou vendo aqui a caixa de remédio cheia.
- Não.
- Não, tirando a ansiedade que volta e tal. Mas, assim, como eu estava no presencial, sempre tinha alguma coisa para eu fazer na escola. Então, assim, quando eu estava muito agitado, eu sempre procurava um cartaz pra fazer, um material pra digitar, um livro pra ler, um menino pra eu ficar cuidando para a professora ir ao banheiro, alguma coisa nesse sentido. Eu sempre me ocupo com alguma coisa para não pensar em alguma coisa. Minha psicóloga disse que isso não é bom, porque ela disse que eu não dou tempo de conviver comigo mesmo. Mas, assim, eu sei que eu não estou legal. Tem dia que, como eu te falei, eu estou em casa e não tomo banho. Mas tem dia que eu vou para o banheiro e fico 40 minutos. Mas, assim, eu não passo 40 minutos tomando banho. Eu tenho uma cadeirinha, né, que eu tomo banho sentado. Eu sento na cadeira e eu fico lá esperando, deixando a água cair, para o tempo passar. Se eu não me engano foi quarta ou quinta-feira, eu dormi, literalmente, de baixo do chuveiro. Eu estava tão agitado, tão agitado, tão agitado que eu estava tomando banho sentado e não consegui me acalmar, deitei de forma que a água batia na minha barriga, e só caía o respingo no rosto, deitei de lado e dormi. Deitei era tipo 01:00, acordei era quase 04:00. E um detalhe, o chuveiro caindo em mim e eu não acordei por conta dele, eu acordei por conta da bomba, porque eu moro em setor de chácara, né? Quando a bomba ligou para encher a caixa e o barulho, como estava tudo em silêncio, o barulho da bomba ligando e enchendo a caixa, me acordou. Aí até conversei com a vizinha: "nossa, eu poderia ter morrido afogado, né?". E não era nem assassinato, também não era nem suicídio. Mas, assim, isso é uma fase que me preocupa, que teve um período do remédio que isso eu consegui ficar bem. Mesmo que eu tivesse em casa, eu tomava banho todos os dias. No início da pandemia eu tomava banho todos os dias. Todos os dias eu acordava no mesmo horário, tomava o meu banho, penteava o cabelo, trocava de roupa e sentava aqui no computador para trabalhar. Depois de um mês e meio, dois meses depois, eu já não estava nem aí para nada. Hoje, por exemplo, eu comi porque eu estava com muita fome e não queria comer miojo de novo. Mas essa comida que eu fiz agora, quando ela acabar, aí eu volto para o miojo. Eu perco iogurte, eu perco fruta. Eu perco muita comida porque eu não como. Eu comprei uma melancia esses dias e eu dei ela todinha para os cachorros, eu não comi um pedaço. Pra você ter noção do cúmulo da falta do autocuidado. Esses dias, por duas vezes consecutivas, claro que em um intervalo de tempo, eu fiz churrasco. Fui para o mercado, comprei carne, comprei cerveja. Botei carne para assar, soltei meus cachorros, dava a carne para os cachorros e a cerveja pra mim. Não comi um pedaço de carne que eu tinha assado. Eu fiz churrasco para os cachorros. Aí o colega falando: "nossa, como eu queria ser seu cachorro". É assim, eu não ligo, não tenho vontade de comer. Até porque toda vez que eu como eu passo mal, eu como e passo mal. Então, muito pouco eu como. E quando eu estava tomando remédio eu tinha uma certa rotina, sabe? Eu tomava café, eu almoçava e eu jantava. Tomava café, almoçava e jantava. Até quando eu era casado eu tinha essa rotina de cozinhar. Aí agora que eu estou solteiro eu não tenho mais. Então eu tenho comida de solteiro, eu tenho miojo, eu tenho biscoito, tenho maionese e ketchup, batata palha. E apesar de achar que eu não estou centrado, eu também não acho que seja agora o momento para eu tomar remédio. É porque eu ainda estou na fase da terapia, então ainda acho que a terapia pode me ajudar. Se bem que a terapeuta disse para eu procurar um psiquiatra, mas não sei se resolve, também, não. Acho que tem que balancear uma coisa e outra.

- Esse é aquele questionário que a gente respondeu em uma live da \*GMED?
- Porque a gente respondeu uma pesquisa lá e deu os dados da gente. Mas lá não perguntavam sobre remédio, não.
- Foi uma moça da clínica, acho, clínica do trabalho da UNB, também. Ela fez parceria com a Secretaria da Educação e acho que com o Sindicato.
- A minha terapeuta fez o mestrado junto com vocês na UNB. E ela me disse que alguém da UNB entraria em contato.
- É uma moça loira de óculos?
- Eu assisti tanta live, então ignore as características que eu estou falando.
- A gente já até sorri, a gente já está esperando em Brasília a segunda onda da covid, e já está esperando a segunda onda de live. Eu não dou conta mais. Se bem que eu dou conta, eu consegui... Eu estudei até um pouco mais na pandemia do que se eu estivesse no presencial.
- Eu consegui acessar outros lugares.

\*\*\*\* \*Kelly

- Então eu vou começar lá atrás, que existe toda uma parte de amadurecimento, digamos aí, nesse processo. Eu tenho 45 anos e em 2002, mais ou menos. Por aí, entre 2002 e 2004, eu tive algumas mudanças. Eu trabalhava em uma escola privada e eu passei em um concurso da Secretaria de Educação e fui para a Secretaria de Educação. E eu tinha um histórico, sem saber, na ocasião eu não tinha esse conhecimento, de uma ansiedade crônica. E aí eu tive... Assim, para resumir a história, que a história é mais longa... Eu tive duas situações: eu tive um rompimento de uma relação de sete anos, e tive uma mudança de emprego muito brusca. Porque eu saí de uma realidade de rede privada, onde eu tinha um salário, na época, R\$1.000,00 a mais, eu fiz a opção pela estabilidade de um concurso público, mesmo ganhando menos, e eu tinha toda uma estrutura. Eu tinha investimento em mim, que eu trabalhava à época na Fundação Bradesco. Então, tanto um investimento financeiro quanto pedagógico, eu tinha uma excelente estrutura. E fui para a secretaria de Educação que não tem tanta estrutura assim. Então eu já tive um choque. E um dos problemas que eu tive, e que hoje as pessoas responsáveis já possuem um outro olhar, é que eu entrei na Secretaria de Educação completamente desamparada. Porque você passa num concurso público e o estágio probatório é uma utopia, porque as pessoas não te falam o que você vai ter que fazer, como você vai ter que agir, você não conhece as questões administrativas. Você só conhece a partir do momento em que você passa por algum procedimento e geralmente é um o procedimento sério. Então, eu tive esse rompimento de relacionamento e fui me deparar com essa situação. E isso gerou uma ansiedade muito grande e que virou uma depressão. E tinha aí uma questão que era: eu tinha muito medo. Eu não sei trabalhar sob pressão, eu não conseguia trabalhar sob pressão. Então, na escola lá para 2004, às vezes eu chegava atrasada no trabalho, e aí eu ficava com medo da minha diretora. Aí chegava na escola, vinha aquele monte de menino atrás de mim, me chamando, e eu me sentia... Aquele barulho todo me deixava nervosa. Então, assim, uma crise de ansiedade veio aumentando para um problema muito maior. Eu estou resumindo bem a história, porque a história é muito mais longa, tá? Foi dando um... Eu já estava com um pouco de depressão por causa dessa relação, eu estava com uma crise de ansiedade, eu não conseguia enxergar esse quadro todo. Eu entrei em um monte de dívida, criou-se essa situação em que deu um momento em que eu não conseguia mais descer do meu carro. Eu morava em Taguatinga, trabalhava no Núcleo Bandeirante. Eu não conseguia descer do carro, eu não conseguia ir para a escola. Eu fiquei 30 dias desse jeito e respondi um processo de abandono de cargo por causa disso. Resumindo a história. E aí foi que eu falei: "Beto, está acontecendo alguma coisa". Na época eu comecei a fazer terapia, eles me encaminharam um psiquiatra. Mas, assim, nesse momento o que a gente tinha na medicina



era algo que não me fazia bem. Eu tremia, eu ficava estranha, eu ficava passada, minha boca ficava muito seca. Eu não me adaptei bem com as drogas. E, nesse processo da ansiedade, eu entrei num processo de compulsão. Então eu tinha muita necessidade de comer, e aí o remédio também veio me ajudar nesse sentido. Melhorou um pouco? Melhorou... mas a gente fica meio achando que a gente está doida, né? Porque você treme, as pessoas olham para você e você está tremendo, você tem sudorese. Era uma situação bem ruim. Aí eu parei de tomar, sozinha.

- Acho que eu tomei Sibutramina na época, não me lembro. A base eu acho que era essa. Já tomei muita coisa. Eu sei que eu tomei por duas vezes essa meditação... Até que eu tomava e começar a melhorar, aí parava sozinha. Aí voltava a fazer terapia. E depois via que o quadro estava bem ruim, tomava, parava sozinha. Aí eu engravidei da minha filha... Eu estava fazendo terapia e a médica falou: "olha, Kelly, eu acho que você tem um quadro de ansiedade muito sério. Você podia procurar um psiquiatra e fazer um acompanhamento sério mesmo, né?". E aí a gente tem também um pouco... Criou-se uma imagem muito destrutiva do psiquiatra e psicólogo, sabe? Então, as pessoas que procuram esses profissionais são doentes mentais. Então já se cria uma resistência da população em busca desses profissionais por causa disso. Você assumir que você está doente... Aliás, você assumir que você precisa de ajuda não é para qualquer pessoa. Porque as pessoas acham que quem precisa de ajuda é fraco. E assumir que você precisa de ajuda e que ajuda é psicológica, ou até mesmo de psiquiatria, de psiquiatra, com psiquiatria, é como complicado. Existe uma resistência muito grande sobre isso. Então, quando eu fui, quando resolvi realmente fazer um trabalho mais sério, mais longo, eu engravidei da minha e aí eu não podia tomar as medicações. E quando foi... aí, tá... Aí vamos falar agora de um outro momento que foi... não. Lá atrás, antes da minha filha, eu procurei um nutrólogo para fazer um acompanhamento nutricional porque eu tenho alguns problemas gastrointestinais. Eu sou intolerante ao glúten, sou intolerante à lactose. (inint) [00:08:19 - 00:08:24]. E ele conseguiu ajustar uma medicação, para mim, que na época também valia para a compulsão, que eu esqueci agora o nome, mas eu posso lembrar daqui até o final. E eu me dei muito bem... Procimax, comecei a tomar o Procimax. E que me deu muito bem. Me fez muito bem, porque eu não tremia, eu não tinha sudorese, eu não tinha nada disso. Eu ficava completamente normal, eu podia tomar minhas bebidinhas no final de semana, tomar um vinho e tal. E fiquei muito bem. Então eu fui até próximo ao período em que engravidei da minha filha. Aliás, da minha primeira gravidez, porque eu tive uma primeira gravidez, eu perdi. E depois da segunda gravidez é que eu parei com o psiquiatra. E nisso, após esse período, que eu fiquei bastante tempo com o Procimax... Bastante tempo assim um ano, um ano e pouco. Todas as pessoas falavam que estava muito mais calma, muito mais tranquila, muito mais serena. Então eu tinha esse feedback de que a medicação me fazia bem. E nesse processo eu fui amadurecendo, e fui me conhecendo e fui me percebendo. Eu trabalho muito essa questão do autoconhecimento. E eu tenho muita facilidade para poder aceitar terapias, novas medicações. Eu não sou uma pessoa resistente. Eu não gosto de sentir dor, eu não gosto de ter algo me incomodando. E eu comecei a perceber que a minha família tem uma ansiedade crônica. Todo mundo na minha família tem uma ansiedade crônica. E eu comecei a descobrir, a estudar, que eu não posso viver tomando medicação, criando situações para a ansiedade. Eu tenho que tratar a minha causa na ansiedade. Então eu comecei a buscar isso fazendo várias terapias ao longo da minha vida, me conhecendo, autoconhecimento. E aí eu cheguei a um quadro que entra... A família do meu pai, a família paterna tem um histórico de depressão, a família toda. E engraçado, porque eu até tenho falado isso muito para a minha família. Que essas questões que vem de família tem que ser passadas, as pessoas têm que tomar conhecimento disso. Porque às vezes a gente sofre muito e a gente não tem conhecimento disso, e pode ser genético. Pode ser algo aprendido também, mas, enfim. Na família da minha mãe a gente teve alguns casos de suicídio que estava relacionado à bebida, mas que tinha fundo também emocional, enfim. E eu falei que eu não queria isso para a minha vida. E eu percebi que a ansiedade, ela me causava muito transtorno. Ela causava o meu aumento de peso. Quando era

pressionada no trabalho eu agia com agressividade. Quando o meu marido me contrariava, ou a minha filha me contrariava, eu agia com agressividade e isso estava me incomodando muito. Eu não aceitava, eu não queria aquilo ali para mim. Não era algo que era bom para mim. E eu tenho um pai que é assim, o meu pai é assim. Então eu também percebi que algumas coisas que eu tinha, por exemplo, o medo de alguém chamar a minha atenção, o medo de alguém brigar com isso, que lá atrás causou o meu afastamento do trabalho e até outras questões, estava relacionado muito à minha infância. A questão do meu pai, da minha mãe me chamar a atenção, brigar comigo, enfim. E eu fui fazendo essa autoanálise, eu também tenho essa coisa de autoanálise. E aí descobri que eu precisava construir, me cercar de coisas, de fatores que poderiam melhorar a minha situação. Então, a primeira coisa que eu fiz... Eu voltei para terapia, eu fiz a terapia em tempo. A terapeuta me encaminhou para um psiquiatra. Por quê? Porque nesse período, durante toda essa história, ao longo desses 20 anos, eu passei por vários profissionais. E um deles, até eu virei pra ele e falei assim: "doutor, poxa, eu queria uma medicação, eu sou muito ansiosa. Eu queria engravidar de novo, ter outro filho, mas eu sou muito ansiosa". Aí ele falou: "olha, se você não tem capacidade, se você não tem estrutura psicológica pra ter filho, não tenha". Isso foi o que o psiquiatra falou para mim. Então eu também corri muito de alguns profissionais incom... Incompetentes, não. De alguns profissionais que tem aí no mercado porque eles nem olham para você, ainda mais um psiquiatra. Ele chega lá, ele já olha para você, ele já te passa um remédio. Ele não quer saber da sua vida. E essa terapeuta que estava me acompanhando, a psicóloga, me encaminhou essa psiquiatra. Ela falou: "olha, eu conheço essa que é de confiança". E eu fui e busquei essa. E aí a gente... Óbvio que o psiquiatra vai te passar uma medicação, né? Ela passou uma medicação para mim e a gente foi construindo um pilar. Que esse pilar seria o que? A terapia, a medicação, o som e a atividade física. E eu estava sem nada disso. E uma coisa vai demandar outra. Se você não tiver bem emocionalmente, você não consegue fazer atividade física, você não come bem, você não dorme bem, enfim. Então eu fui atrás daquilo que me equilibrava. Eu sabia que o que ia me equilibrar, naquele momento, era a medicação. Eu tenho conhecimento ao longo desse meu processo todo. Então eu descrevi para ela tudo aquilo que eu sentia, falei o que eu não queria e o que eu buscava. Então ela me passou uma medicação... Ela veio com uma versão nova dessa medicação que deu certo para mim. E aí eu comecei a tomar essa medicação. Acabei tomando o genérico, à época, porque era muito mais caro o outro. E não tem muito a ele.

- Ele tirou... Ele cortou minha libido completamente e tinha alguns outros efeitos. Não me lembro se era dor de cabeça. Eu sei que não estava legal. Aí ela falou: "então vamos trocar a marca". Aí a gente trocou a marca.
- Não lembro. Espera só um pouquinho que eu vou te fala, deixa só eu pegar um... Eu tenho uma receita aqui em algum lugar. O que eu tomo hoje é o Exodus. Acho que era da Medley o que eu tomava. Então, assim, eu não tomo o original, eu tomo o Êxodos que é um pouco mais barato do que o original, mas é bem mais caro do que o primeiro que eu comecei a tomar, que eu acho que é o da Medley. E ele me fez muito bem. A libido voltou, eu não tenho mais... Porque a minha ansiedade criou em mim uma extrassístole. Então, nos meus processos de ansiedade muito grande, eu tinha muita taquicardia, começava a passar mal, eu fui para o cardiologista várias vezes. E na verdade era a ansiedade. Então, a ansiedade gerava, em mim, muito desconforto. Eu não tinha qualidade de vida. E para mim era fundamental a medicação. E eu comecei a tomar medicação, e aí eu dei aquela equilibrada. Então, a medicação, na minha história de vida, é o composto que vai equilibrar; me fazer ter tranquilidade para poder pensar; para equilibrar os meus pensamentos; organizar os meus pensamentos com calma; agir com calma; controlar a impulsividade; controlar a agressividade. E muitas vezes eu fui tachada por uma personalidade que não era a minha. Era algo que vinha de uma ansiedade, e não era o que eu queria pra mim, não é o que eu sou. Então o que eu fui buscar? Eu fui buscar o conhecimento através de cursos, de especializações de inteligência emocional. Eu voltei para atividade física. Eu faço um acompanhamento nutricional, tomo a medicação regularmente. Aí, ontem, eu conversei

com a médica. A médica falou pra mim que a gente vai tomar mais seis meses, porque agora a gente conseguiu ajustar dose: eu tomo 20mg. Eu comecei com 10mg e estou com 20mg. Em outros momentos da minha vida, com outras substâncias, eu cheguei a tomar 50mg. E, assim, eu dou um super bem. A minha qualidade de vida é outra, mas eu confesso a você que só a medicação não resolve, no meu caso. Por quê? Porque eu tenho uma ansiedade absurda. Assim, eu tenho muita energia. E essa minha energia quando não é gasta, vira ansiedade. Então, a atividade física é fundamental nesse processo. Porque se eu tomo a medicação e não gasto essa energia, eu não durmo à noite, porque a minha cabeça não para. Aí eu fico pensando em tudo o que eu tinha que fazer, tudo o que eu não fiz. Isso gera mais ansiedade e ainda em outras questões voltadas para isso. Nesse processo, eu optei por não aumentar a dose do remédio e usar remédios alternativos. Tem alguns fitoterápicos quando eu estou com muita ansiedade, às vezes algum problema, alguma coisa, ainda mais a partir desse momento de covid. Eu tomo um Rescue, que eu tenho, que eu acredito que ele é homeopático. Eu não sei se é homeopático ou fitoterápico. E eu tomo um Relora que é um composto também. Então, esse aqui é natural, não está nem aqui, que é de... Como é o nome disso aqui? É uma ervinha aqui...

- Não sei. Eu trouxe dos Estados Unidos, porque eu não encontro aqui dele. Eu tomava melatonina, mas a melatonina dá um rebote, dá um cansaço. Magnésio... Não estou achando... Magnólia. Extrato de Magnólia.
- Extrato de Magnólia. E aí não sei se a Magnólia é a Erva de São João?
- Então, quando eu estou muito ansiosa, ao invés de eu tomar dois comprimidos, por exemplo, do Êxodos, eu tomo a erva desse aqui que me dá uma relaxada. Um de manhã, o outro à noite, já dá uma baixada. Mas eu passei por um processo de conhecimento muito grande. Eu sei, hoje, que se eu não controlar eu vou aumentar de alimentação, eu vou aumentar o peso, eu vou ficar insatisfeita, eu vou ficar amargurada e vai se criando um processo. Mas qual é a minha opinião pessoal? A minha opinião pessoal é: existe um grande fator que o fator motivacional. E que a gente precisa desse fator motivacional. E o que eu vejo no trabalho? E aí voltando para o trabalho. Muitas vezes a gente não tem. A pessoa está em um lugar onde a diretora persegue ou, então, ela está... Aí eu vou falar da minha realidade, porque é a realidade que eu conheço. Ou então ela está trabalhando fora de casa, e ela pega um ônibus, porque ir de carro fica caro. Ela trabalha demais, ela não tem tempo para a família. O salário não dá para ela poder conseguir cumprir com as obrigações dela. Ela tem que fazer dois, três turnos; não tem qualidade de vida. Ou então ela está ali, como professor, porque não teve uma outra opção de concurso público. Ela não gosta do que faz e ela está ali. Então o fator emocional, eu acho que ele é fundamental. Porque é o que você vai buscar para poder conseguir procurar ajuda. E aí eu entro no grande problema, por que quem vai passar a medicação? É o psiquiatra. Por quê? Porque é a melhor pessoa para fazer o estudo do seu caso. Então, eu vejo que muita gente brinca e fala... Como é o nome daquele remédio? Esqueci agora. O povo toma muito ele, assim, indiscriminado.
- Que é tarja preta, o outro.
- Não, não é a Ritalina, não. Tem um outro.
- Rivotril. "Ai, não tomei meu Rivotril hoje". Aí o povo acha que tá com ansiedade e vai atrás de uma receita para o Rivotril. Sempre arrumam a receita para o Rivotril, né? E na verdade não é assim. Você precisa achar a medicação correta, e é um profissional que vai passar. Eu defendo totalmente a questão da medicação principalmente para quem tem esse quadro depressivo e de ansiedade. É a medicação que vai te equilibrar para você começar a ter as suas ideias fazendo sentido, organizadas, para você entrar num processo de começar a caminhar. A sair da estagnação e começar um processo de evolução. E sem a meditação, isso não é possível. Pelo menos na minha percepção, acompanhando, por exemplo, a minha mãe que tem depressão. Acompanhando outras pessoas na minha família que têm depressão e não fazem uso da medicação; colegas de trabalho, enfim. Eu também conheço

casos de pessoas que já tomam o que há de mais moderno no mercado e continuam do mesmo jeito. E aí é onde eu falo para você, entra o fator motivacional. A gente tem uma geração, principalmente a geração da minha mãe, que os filhos saíram de casa, elas aposentaram, e vida parou de fazer sentido. Porque é uma geração que ainda foi criada para criar os filhos, para trabalhar, não se preparou para o aposentar. Que hoje a gente também tem um grupo de pessoas estudando sobre isso, e trabalhando sobre isso. E te preparando quando você entra no serviço público, e te preparando quando você vai aposentar. E aí a gente vê essas mães, essas mulheres nessa faixa etária infelizes e sem sentido de vida. E muito resistentes, também, ao uso de medicamentos. Então as que eu acompanho, que o remédio já não faz mais efeito. Não é que ele não faz mais efeito. Não é assim, também, porque a pessoa não tem um fator motivacional maior. Então, essa seria, assim, a minha opinião pessoal.

- Sou professora de educação física (inint) [00:25:17]. Mas hoje eu trabalho na Secretaria de Formação Continuada, na (inint) [00:25:22].
- A minha formação é de educação física. Até dois anos atrás eu trabalhava com educação física, coordenando projetos da área de educação física, na Secretaria de Educação. E desde o ano passado eu fui para a Subsecretaria de Formação Continuada. E eu fui trabalhar em uma outra área, que a área dos eixos transversais, onde eu trabalho com um grupo de professores que queria formação para os professores da Secretaria de Educação. Aí hoje eu não trabalho com a educação física em si, mas eu trabalho com gênero, raça, diversidade e direitos humanos.
- É difícil essa pergunta. O que acontece... Você fala antes de medicamentos?
- Então, essa parte fisiológica eu não consigo te responder, juro que eu não consigo. Mas o que eu poderia dizer para você o seguinte? Mas aí, se você quer essa parte já não vai atender a sua pergunta.
- Quando a gente sofre as nossas decepções... E se é uma decepção, é porque você se iludiu com a algo, né? A gente cria expectativas. E a vida vive nos nos tirando do que a gente cria de realidade feliz, né? Então, são ilusões que a gente cria, e quando você se depara com essa falta de realidade como você almejou, como você criou, e que aquilo não mais vai com suas expectativas, e que você não tem controle, você entra nessa. Então, assim, é o que eu estou te falando. Fisiologicamente, eu acho que os neurônios todos se desligam, porque você perde toda essa conexão. Porque eu falo isso? Por exemplo, quando você descobre uma traição, e uma traição... Pode ter vários tipos de traição. A morte de um ente querido, principalmente de forma brusca, de uma hora para outra. A situação do covid, hoje, que tirou a gente das ruas, nos privou da nossa liberdade. As pessoas que a gente gosta, agente todo dia escuta uma história de alguém que morreu. Isso tudo deprime a gente. E vários outros fatores. Por exemplo numa relação, as pessoas idealizam uma relação e, de repente, ela descobre que o marido, ou que a esposa, tem uma outra pessoa e que a vida dela acabou. Tudo aquilo que ela se iludiu, tudo aquilo que ela criou, que ia ser a vida perfeita, nunca mais vai existir. E ela não sabe como vai sair daquilo ali, daquela ilusão que ela criou, e se deparar com a realidade. E, às vezes, a pessoa cria tanto esse desejo por algo, e a vida não lhe proporciona aquilo que... Por exemplo, a questão do poder aquisitivo de, pessoas que queriam muito morar em algum lugar, queriam ter carro, queriam ter casa. Passa a vida inteira trabalhando, não consegue e aí começa a beber. Aí bebe, bebe, bebe, bebe, mas ele não bebe, simplesmente, porque ele é um safado, é um sem-vergonha, não é isso. Você vai olhar o que tem por detrás disso que leva ele a beber. Você vai ver que é uma depressão, o cara não tem mais sentido de vida, a família não o ama, ele não tem mais saúde para trabalhar, está desempregado, enfim. Aí eu entro naquele outro fator que te falei, que é a motivação. Então a parte fisiológica, mesmo, da depressão, eu não sei se eu sei te responder isso.
- O medicamento funciona dentro do organismo da gente, é isso que você tá falando?

- Eu acredito que vai muito nos hormônios e na questão de inibidores desses hormônios, e das... Justamente esses que são, digamos assim, de sensações negativas.
- Que trazem... Nossa, me deu um branco aqui agora.
- Que trazem a satisfação... Oxitocina, guanina... Aquelas coisas todas lá...
- ...que na verdade nem é hormônio, né? Inibidores e estimuladores, né? Então, eles vão agir exatamente nisso daí, né? Ou tirando o excesso, ou elevando, né? Que é o que acontece muitas vezes com a comida, a sensação do prazer que a comida te dá e que faz você virar compulsivo. Do mesmo jeito a bebida... Trabalham dessa forma ao contrário, né?
- De equilíbrio, exatamente.
- Eu nem falo, eu nem falo. Não falo por causa disso. Lá atrás, quando eu falei pra você que eu comecei a usar a medicação... Antes de eu usar a medicação, quando tinha alguma pessoa que a gente sabia... É muito presente em pessoas que estão emagrecendo, né? Que elas tomam os remédios para emagrecer, geralmente tem um ansiolítico, alguma coisa assim. Aí você vê que a pessoa está com cara de doente, está pálida, tá estranha. Ela fica meio atordoada, meio lesada. Drogada, você percebe que a pessoa tá drogada. Tremendo, você olha pra pessoa, a pessoa tá tremendo. Eu estou falando de 20 anos atrás, tá? Quando eu comecei a ter esse contato. Então você olha, você fala assim: "meu Deus do céu, essa pessoa tá tomando remédio? Essa pessoa tá tomando antidepressivo. Mas eu vou tomar antidepressivo eu vou ficar desse jeito?". Então, esse seu preconceito já impede você de ir até o médico para tomar. Mas quando você não tem mais recurso, você vai. Mas aí você não conta pra ninguém. E isso é para a terapia, e isso é quando você busca um psiquiatra para poder entrar com a medicação. Porque o psiquiatra, assim, de verdade, ele faz o acompanhamento, mas da medicação. Mas quem vai fazer o processo mesmo te orientando ali, é o terapeuta. Então essa conversa com o psiquiatra é muito pequena, é muito pouca. Você não cria muito um vínculo com o psiquiatra. É uma coisa de medicação, ele vai ajustar sua a sua medicação. Diferente do terapeuta, da psicoterapia. Então, nem sempre as pessoas acreditam, ou se referem ao psiquiatra, como o médico que vai dar uma medicação para melhorar a sua qualidade de vida. Ele já entra no preconceito de: "eu não sou maluco, eu não preciso de um psiquiatra. E, no meu caso, eu não contei. Eu não contei porque eu não queria que as pessoas olhassem para mim como esse preconceito de: "nossa, ela é uma desestruturada". Até porque na primeira vez que eu tomei, eu fiquei com esses sintomas. Eu ficava tremendo, com muita sudorese, e eu não gostava disso. Até porque eu já tinha esse preconceito, né? Então eu achava, também, que as pessoas iam pensar da mesma forma. Então, eu não contei. Hoje eu já (inint) [00:35:16], sabe? Não é algo que eu falo, mas, assim, hoje eu defendo. Eu tenho algumas amigas... E engraçado porque as pessoas que eu convivo, a gente tem mais ou menos a mesma estrutura. E você vê que se repete. Principalmente no momento em que a gente está vivendo hoje, de homeoffice, de estar com as crianças em casa, né? (inint) [00:35:41 - 00:35:45]. E pelos dados que eu já vi, que algumas pessoas me apresentaram, a depressão na mulher é muito maior do que no homem, por essa carga que ela tem. A mulher tem mais facilidade para buscar o psiquiatra do que o homem. Então, ela tem mais facilidade para tomar o medicamento. Então, quando as minhas amigas estão... E aí elas acham que é coisa da menopausa... E todas se queixam da mesma forma: "ah, eu tô sem memória, eu tô desanimada, eu só tenho vontade de dormir". Aí você fala: "gente, uma medicação ia resolver isso tranquilamente". Mas eu falo porque já houve um avanço. Houve um avanço de medicações, houve um avanço de profissionais. Por exemplo, essa psiquiatra, quando eu fiquei sabendo dela, disse: "ai, nossa. Essa menina é novinha, não vai saber de nada". A gente já tem essa coisa de que médico bom é médico antigo, né? Mas são os novos que estão trazendo propostas novas. Então, assim, foi gratificante eu ter uma psiquiatra nova. Nova, assim, mais nova do que os que eu estava acostumada. Mais nova do que eu. E que me mostrou... Por exemplo, quando eu falava pra ela: "olha, eu comecei com a minha terapeuta e ela falou que eu... Tudo leva a crer que eu tenho déficit de atenção, e por isso que eu sou assim". Aí ela foi

contra isso, disse: "não, não é assim. Não é assim que a gente vai analisar. Sabe, o povo tem essa mania de falar que todo mundo tem déficit de atenção, que é hiperativo". E essa postura dela já foi muito interessante, né? Então, é um conjunto: de medicação; de estudos; de tecnologia que eles colocam em cima desses medicamentos para poder tirar esses efeitos absurdos. Por exemplo, eu tomei dois medicamentos com o mesmo princípio ativo. Um tirou completamente a minha libido, e o outro já trouxe a minha libido. Um tirou a minha libido e estava me dando náuseas, agora eu lembrei, náuseas e insônia. O outro, não. O outro já me deixou melhor.

- Mesmo princípio ativo, de laboratórios diferentes. Então, faz diferença você ter um profissional trazendo isso, te acompanhando nesse sentido, porque aí você dá continuidade ao trabalho.
- Sim. Sim, porque muito próximo a mim... Eu tenho uma tia que também é professora da Secretaria de Educação e que ela entrou em um processo que você olhava para ela... Ela só queria dormir o dia inteiro. Ela ficava meio abobada, aquele mesmo sintoma, dopado, assim. Você via que ela vivia no mundo da lua. Então, você perceber isso em alguém muito próximo de você, te afasta do medicamento, te afasta desse tipo de profissional. Principalmente porque cada pessoa tem um caso. Por exemplo, eu tenho uma amiga, que é minha vizinha... A filha dela é melhor amiga da minha filha. E ela surtou, ela teve um problema no trabalho e ela tem uma questão familiar, questões psicológicas bem severas na família. E ela surtou, ela teve que entrar com medicamentos fortíssimos, fortíssimos, fortíssimos que ela (inint) [00:39:49] naquele período. Eu, quando eu vejo essa situação, é claro que me dá um medo também. Mas eu também sei, e porque eu estudo, porque eu vejo, eu converso com as pessoas, cada caso é um caso. Você tem uma droga para cada tipo de questão, e às vezes até outras relacionadas, mais de uma, para poder (inint) [00:40:16]. Mas quando olha no geral e você fala: "eu não quero ficar igual a essa pessoa". Certamente, eu tive muito, tive lá no início... Mas eu sou uma pessoa que teve também o outro lado, que foi o lado de acertar uma droga, e uma droga que me fez muito bem, sabe? Que diminuiu a minha ansiedade, diminuiu a minha compulsão. Então, assim, eu comecei a perder peso... Não que eu tomei o remédio para emagrecer, mas é porque eu não tinha mais a compulsão por comida. Então isso foi me ajudando. Mas eu ainda acredito que você acertar a medicação faz toda a diferença. Porque você também se percebe bem. Por exemplo, quando eu falo assim: "ah, tá dando a tremedeira". A tremedeira, no meu caso específico, eu faço muito trabalho manual, eu gosto muito de artesanato. Então eu não conseguia colocar uma linha em uma agulha, eu não conseguia ter uma escrita fina. A coordenação motora fina fica comprometida. E isso, no seu processo de reabilitação, digamos assim, compromete. Se você toma uma medicação que ela traz esses efeitos pra você, você não quer aquilo ali. Você prefere ficar doida, entre aspas, do que ver a sua coordenação motora fina ser comprometida. Então, tem essa questão, também. Quando eu falo do bem-estar... E você vê que você começou a tomar uma droga e que você vai continuar tendo a sua vida normalmente. Aí tem um detalhe: quando foi conversar com a minha média, desde o início a gente deixou bem claro que ia ser temporário.
- Agora, agora. Eu sempre soube que iria ser temporário.
- Estou, estou com ela. Mas, assim, sempre foi uma coisa de: "vamos tentar resolver isso de outras maneiras para que a gente possa deixar a medicação". Porque eu sempre falei: "não quero ficar dependente da medicação, não quero uma meditação, problemas da vida". Apesar de eu já ter tomado várias vezes, eu sempre paro, e paro errado porque eu nunca faço o desmame. Eu mesma faço o desmame sozinha. Mas, assim, também já aconteceram várias situações ao longo dessa história que até me impediam de volta ao psiquiatra. E eu não voltava, e parava sozinha. Mas essa questão que você falou é muito real. Tanto de você ter medo de falar para as pessoas, quando de você também caminhando defeito. E o pior, se você está numa situação muito difícil, você tem muito medo de largar a medicação e você cair de novo no fundo do poço. E esse é um problema. No meu caso específico, como as minhas depressões... Na verdade, a minha ansiedade, hoje, eu diria para você que

é um problema muito maior. A depressão foi pontual de um período. Então o problema da minha ansiedade é muito maior. E é claro que a ansiedade leva à depressão, a um quadro depressivo. Se eu não tivesse esse conhecimento do que eu preciso fazer e evitar, para que isso não aconteça, certamente eu teria um quadro depressivo. Não tenho dúvidas disso. Mas... Perdi o raciocínio, desculpa.

- Eu falo mais, né? Você pergunta uma coisa eu me estendo nas perguntas.
- Pode falar, eu estou ouvindo.
- Então, o que acontece na minha vida? Minha família \*teve/esteve em farmácia durante 28 anos.
- Então, eu cresci dentro de uma farmácia. Então eu entendo de laboratórios, eu entendo de remédio de marca, eu entendo muito disso. E entendo, também, da questão dos efeitos colaterais. Eu leio todas as bulas. O último remédio que eu não li a bula, foi o que a minha reumato passou o remédio e eu comecei a passar mal, passar mal, passar mal. Aí o meu gastro falou assim: "ó, é esse remédio que você tá tomando". Eu falei: "não pode ser". Quando eu fui olhar, estava lá: contém lactose. E eu sou intolerante. Então foi a única vez que eu não li, e que eu caí nessa. Mas porque, às vezes, eu evito algumas bulas? Porque, por exemplo, nesse caso em específico e nesse tipo de medicamento, nunca vem coisa boa. Vem lá: remédio para epilepsia, remédio para quem tenta suicídio, remédio pra não sei o quê. Só coisa ruim. Aí você fala: "meu deus, eu vou tomar isso aqui?". Remédio para quem teve AVC... Aí se você ler essa parte, você já enlouquece. Então, geralmente eu vou ali: qual é a indicação e a posologia. Quando eu estou sentindo algum efeito adverso, aí eu vou lá, leio e vejo se tem alguma coisa a ver. Por exemplo, eu peguei aqui... Deixa eu achar aqui pra te falar qual foi o remédio. Quando eu comecei a tomar ele, que eu vi que o efeito estava meio estranho, aí eu fui ler a bula para saber o que estava acontecendo e eu vi que estava tudo lá. Porque eu tenho um estômago muito sensível, meu estômago é muito sensível. Então, qualquer coisa que faz mal. Então, tudo o que eu leio, tudo o que eu vou atrás, todo remédio vai atacar o meu estômago. É inevitável, porque o meu estômago é muito sensível. Estou procurando, aqui, a bula do remédio para te falar exatamente qual foi (que) ela passou. Então, eu sou essa pessoa por causa disso, sabe? Mais da minha experiência familiar. Agora, assim, eu sou mais enjoada com a marca do remédio, sabe? Eu não compro qualquer remédio: "ah, você tem tal remédio?". Você chega lá e compra qualquer um que eles te empurram, porque eles vão te empurrar os que eles ganham comissão, né? Olha só, o que ela me passou, o original é o Lexapro. Que pode ser o Lexapro ou pode ser o Exodus.
- E aí eu não tomei esse Lexapro. Ah, lembrei que a receita está dentro do meu carro.
- Tenho que ir lá comprar o remédio, inclusive.
- Eu pedi... O original é o Lexapro, né? E eu pedi o Escitalopram. Então eu pedi o genérico, eles me trouxeram o genérico da Medley. E foi o que eu tive todos esses sintomas. E eu passei a tomar o Exodus que está entre os melhores dessa substância. E aí existem, sim, os laboratórios... E aí já veio da minha cultura, do meu pai falar: "ó, esse remédio é B.O. Esse remédio eles vendem só para ganharem comissão. Enquanto o original custa R\$ 40, esse aí vai custar R\$ 2,50". E aí a gente veio dentro dos maiores laboratórios e com essa cultura de que os maiores laboratórios tinham os maiores investimentos e, conseqüentemente, os melhores remédios. Agora, por exemplo, eu sei também que determinadas drogas, quando eles patenteiam aquela droga, eles vão cobrar muito mais caro por isso. Não significa que o similar é pior. Na verdade, outro é R\$ 100 mais caro porque ele descobriu a droga e ele ganha por isso. Agora, assim, um que eu não compro, jamais, similar, é antibiótico. Antibiótico, não. Antibiótico eu realmente compro de marca, mas os demais eu compro similar. Quando a diferença muito pouca, não, aí eu vou no original, mesmo.
- Eu é quem falei demais.