

Revisitando Whitaker: psicofármacos e cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde

Revisiting Whitaker: psychotropic drugs and Mental Health care in Primary Health Care

Ana Caroline Secco¹, Charles Dalcanale Tesser¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313916

RESUMO Os Problemas de Saúde Mental (SM) e o uso indiscriminado de psicofármacos são problemas de grande relevância para a Atenção Primária à Saúde (APS) e a saúde pública. O objetivo deste ensaio é apresentar uma fundamentação atualizada da tese de Robert Whitaker, desenvolvida no livro 'Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental'. É apresentada uma síntese do livro, acrescida de comentários sobre determinados temas, visando à melhor ancoragem científica dos argumentos. A tese defendida é que se deve evitar prescrever o uso de psicofármacos; e, caso seja iniciado o uso, que seja como sintomático agudo pelo menor tempo possível. Os argumentos giram em torno de que há evidências favoráveis apenas para redução de sintomas, para algumas dessas drogas e para curtos períodos de uso. Com seu uso crônico, há piora em longo prazo quanto à estabilidade, autonomia e funcionalidade social, com problemas graves de abstinência. Especialmente na APS (e também nos serviços especializados em SM), os profissionais deveriam ter uma abordagem mais crítica dos psicotrópicos e investir em outras abordagens terapêuticas, para fazerem algo melhor, menos iatrogênico e tão ou mais eficaz para os pacientes com problemas de SM no longo prazo.

PALAVRAS-CHAVE Psicotrópicos. Doença iatrogênica. Assistência à saúde mental. Prevenção quaternária.

ABSTRACT *Mental Health (MH) issues and the indiscriminate use of psychotropic drugs are a great deal of a problem for the Primary Health Care (PHC) and public health. The aim of this article is to show an updated basis from Robert Whitaker theses in his book 'Anatomy of an epidemic: magic bullets, psychiatric drugs and the astonishing rise of mental illness'. It is presented a synthesis of the book, with specific comments about some topics, aiming for better scientific base of the arguments. The thesis endorses that prescribing psychotropic drugs must be avoided; and, if required, it must be as an acute symptomatic scenario for the least time as possible. The study has positive evidence that a few of these drugs only reduces symptoms, for a short period of time. If chronic used, in a long-term scenario, it seems to actually reduce stability, autonomy and social functionality, leaving the user with serious abstinence from the drug. Specially in PHC (and also in MH specialized services), professionals should have a mindful and discerning approach to psychotropic drugs, and invest in other therapeutic strategies, in order to do something better, less iatrogenic and as effective or more for the mental health patients in the long term.*

KEYWORDS *Psychotropic drugs. Iatrogenic disease. Mental health assistance. Quaternary prevention.*

¹Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis (SC), Brasil. ana.caroline.secco@gmail.com



Introdução

Os Problemas de Saúde Mental (PSM) são de alta prevalência e importância, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS)¹⁻³. A APS, ou atenção básica, pode ser entendida como a rede de serviços de saúde de primeiro contato acessível diretamente pelos cidadãos, que deve concretizar os atributos descritos por Starfield⁴ – acesso, integralidade, longitudinalidade, coordenação de cuidado, abordagem familiar e comunitária e competência cultural. Ela é identificada preferencialmente com a Estratégia Saúde da Família (ESF), único esquema organizativo brasileiro que oferece cuidado generalista a coortes de usuários territorializados, e cujos resultados se mostraram superiores aos serviços sem ESF⁵. A APS, na concepção de Alma-Ata⁶, também envolve ações políticas, sociais, econômicas e educacionais transcendentais ao setor saúde e importantes para a Saúde Mental (SM), mas essas dimensões não serão tratadas aqui.

Os PSM foram realçados pela ampliação do escopo dos diagnósticos psiquiátricos e pela criação de novos diagnósticos (ou subdivisão de antigos)⁷⁻¹⁰, associada à progressiva massificação do uso de psicotrópicos^{11,12} e à crescente medicalização das vivências e dos sofrimentos da vida¹³⁻¹⁶. Isso transformou o cuidado em SM e o uso de psicofármacos em problemas de grande relevância para saúde pública e para a APS, especialmente para os médicos e a Medicina de Família e Comunidade (MFC)^{17,18}.

Tal problema se conecta ao movimento da Reforma Psiquiátrica (RP), cuja trajetória iniciou pelo desmonte dos manicômios e a criação de uma rede de serviços substitutivos, territorializados e ambulatoriais especializados em SM, e só depois se dirigiu para a APS. Assim, as ideias e propostas assistenciais da RP apenas parcialmente adentraram a APS e a MFC.

Apesar desse descompasso, a APS é um lócus fundamental da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), a qual foi instituída

como estratégia de atenção à SM no SUS¹⁹. A APS tem grande relevância no cuidado aos PSM, em sua maioria, tratados nesse nível de atenção por sua maior capilaridade nos territórios, por ser a porta preferencial de entrada no SUS e por ser a coordenadora do cuidado²⁰⁻²².

Mesmo nos discursos da RP, parece haver um ecletismo relativamente pouco crítico ao uso dos psicotrópicos, embora sejam priorizadas outras estratégias terapêuticas, geralmente a eles associadas. A esse respeito, no livro ‘Anatomia de uma epidemia’²³ e, posteriormente, em complementações da obra e resposta às críticas em publicações subsequentes^{24,25}, Robert Whitaker defende que o uso de psicotrópicos para tratamento de PSM, apesar de poder ter, conforme o tipo de droga, fortes efeitos de sedação de sintomas em curto prazo e alguma ‘normalização’ de comportamentos (atenuando tensões sociais e familiares que acompanham os PSM mais intensos), gera, por outro lado, piora da evolução em longo prazo em aspectos relevantes, como estabilidade clínica, funcionalidade, reinserção social, autonomia etc.

O objetivo deste ensaio é oferecer uma reavaliação dessa tese, que não é ancorada em nenhuma concepção particular de saúde ou doença mental. Metodologicamente, realizou-se uma síntese livre do livro de Whitaker, seguindo sua sequência, com comentários específicos sobre tópicos selecionados e atualização da sua ancoragem científica. Capítulos que descrevem experiências de pacientes não são abordados. Resumiram-se os principais argumentos, com ênfase nos neurolépticos, depositários de maior crença entre profissionais e pacientes, e nos antidepressivos. A esquizofrenia e a depressão foram enfatizadas por serem os extremos de gravidade e prevalência, respectivamente. Não foram atualizados as evidências e os argumentos para os demais PSM abordados no livro, para os quais ofereceu-se uma síntese do conteúdo dos capítulos respectivos.

O contexto pré-psicofármacos

O capítulo 1 descreve o discurso psiquiátrico entusiástico sobre a descoberta e o uso dos psicotrópicos, mostrando a crença e a expectativa no poder desses novos medicamentos. Difundia-se na época, que o uso de psicofármacos potentes, especialmente a clorpromazina, tinha revolucionado o tratamento das doenças mentais, salvando e melhorando a vida de muitas pessoas. Sua utilização na psiquiatria foi comparada à introdução da penicilina na medicina, pois, assim como a penicilina havia revolucionado o tratamento de doenças bacterianas, a clorpromazina havia trazido uma abordagem inovadora para o tratamento de transtornos psiquiátricos.

Se isso fosse verdade, seria de se esperar que o número per capita de inválidos por PSM houvesse diminuído, e depois novamente diminuído com a chegada da segunda geração dos psicotrópicos (fluoxetina, em 1988). Deveríamos ter visto uma queda em duas etapas nas taxas de invalidez. Porém, ao contrário, à medida que se desdobrou a revolução psicofarmacológica, o número de casos de invalidez por doença mental nos EUA teve um aumento vertiginoso, especialmente após a disseminação do Prozac e outros psicofármacos de segunda geração.

Nesse sentido, nos EUA e em outros lugares, esses índices vêm aumentando progressivamente. Com relação à invalidez, quando se considera apenas esse componente no cálculo de carga de doença, os PSM são responsáveis por 31% dos anos vividos com invalidez²⁶, sendo que, no Brasil, PSM representam 21,5% de todos os anos de vida ajustados por incapacidade¹. Além disso, os PSM também estão associados ao mau prognóstico de comorbidades e impactos na produtividade econômica e nos custos sociais e de assistência à saúde, com sobrecarga importante nos sistemas de saúde e previdenciário^{1,26-30}. Ainda que nas últimas décadas tenha se visto uma mudança significativa nas opções farmacológicas, não houve aumento equivalente de casos recuperados³¹⁻³⁴.

O capítulo 2 narra histórias de usuários de psicotrópicos, e o 3 é dedicado a revisitar a história da quimioterapia no século 20 e as ideias que a orientam, de modo a contextualizar os cuidados em SM e o ideário otimista, esperançoso para com a farmacoterapia. Desde o salvarsan, em 1910 (usado para a sífilis), passando pela insulina animal, em 1922, e a penicilina, em 1935, não se tinha nada equivalente para os PSM, apenas tratamento moral e laboral em internações psiquiátricas. De 1930 ao início de 1940, usaram-se o coma insulínico, a convulsoterapia e a lobotomia como tratamentos nessa direção.

Em 1946, houve direcionamento de verbas governamentais para a SM nos EUA, e, em 1949, foi criado o NIMH (National Institute of Mental Health), para atender às sequelas das guerras e ao clamor pela humanização dos manicômios. Essa época, que precede os psicotrópicos, é de valorização e reconhecimento progressivo da importância da SM e de uma expectativa de aplicação de terapias biomédicas: os PSM exigiam tratamentos semelhantes aos das doenças físicas, como, por exemplo, apendicite ou pneumonia.

O nascimento dos psicofármacos

O capítulo 4 conta a história do nascimento acidental dos psicotrópicos e a associação dos médicos norte-americanos com a indústria farmacêutica, a partir da década de 1950. O modelo da medicina (1º – identificar a fisiopatologia do distúrbio; 2º – desenvolver um tratamento que agisse contra ela) não foi seguido no desenvolvimento dos psicofármacos. As fenotiazinas eram corantes e foram estudadas para serem antibióticos/vermicidas, sem sucesso. Posteriormente, uma delas mostrou-se anti-histamínica, a prometazina, apresentando, também, efeito tranquilizante e hipnótico, relaxando e deixando sonolentos pacientes cirúrgicos. A partir desse achado, os químicos se puseram a estudar e desenvolveram um derivado mais potente, a

clorpromazina, que produzia efeitos semelhantes à lobotomia, agora de forma medicamentosa e não mais mecânica.

Estudos recentes desse psicofármaco recontam a história da psiquiatria, a partir de uma vertente biologicista, e suas repercussões e desdobramentos até hoje^{9,35}. Por exemplo, Caponi³⁶ discute, a partir do referencial foucaultiano, a suposta revolução psicofarmacológica, suas bases epistemológicas e o processo associado de medicalização social crescente, reforçando de maneira detalhada os argumentos de Whitaker.

A seguir, na Inglaterra, procurando produzir antibióticos, descobriram-se os efeitos relaxantes musculares de uma droga derivada de um produto para higiene doméstica, a mefesina, mas de ação muito curta. Dela, desenvolveu-se o meprobomato, que foi para o mercado como ansiolítico (na linguagem atual) nos EUA, com o nome comercial de Miltown. As empresas concorrentes logo procuraram outras drogas ‘domesticadoras’, e o clordiazopóxido (Librium) foi para o mercado em 1960. Na mesma época, a partir de combustíveis de foguetes, produziram-se antibióticos, e de um de seus efeitos adversos nasceu o primeiro antidepressivo (iproniazida).

Em paralelo, na mesma época, está ocorrendo a associação dos médicos com a indústria farmacêutica nos EUA. Esses passam a controlar, via receituário, o acesso a certas drogas, como antibióticos e outras. Quando chegaram os psicofármacos, a Associação Médica Americana (AMA) alinhou-se aos profissionais na propaganda das novas drogas em um negócio altamente lucrativo para todos, permitindo marketing agressivo nas publicações médicas.

Como resultado, tanto a renda dos médicos aumentou, duplicando no período de 1950 a 1959, quanto a receita das empresas farmacêuticas, que ultrapassou um bilhão de dólares em 1957. Naquele momento, os lucros astronômicos fizeram da indústria farmacêutica uma das favoritas dos investidores de Wall Street.

As notícias sobre a clorpromazina eram de uma droga milagrosa, e o lançamento do

primeiro ansiolítico foi um sucesso. Devido à influência da psicanálise sobre os psiquiatras da época, na promoção inicial, alegava-se que, apesar de seu efeito em deixar os pacientes relaxados e suscetíveis ao tratamento, a clorpromazina e o Miltown eram coadjuvantes do processo psicoterápico e não o tratamento para as doenças mentais, na medida em que se buscava produzir um efeito específico a partir do uso de um elemento neurofarmacológico.

Contudo, logo depois, essa cautela foi abandonada. Após chegar a imiprimina, em 1959, nasceu o termo ‘antidepressivo’, em um jornal de renome (“Times”). Pouco depois, um artigo de um psiquiatra afirmou que os psicotrópicos poderiam ser comparados à insulina, pois atuavam como neutralizadores dos sintomas dos transtornos mentais, assim como a insulina dos sintomas de diabetes³⁷.

Em 1963, o NIMH classificou a clorpromazina, com base em um estudo de seis semanas, “como antiesquizofrênico em sentido lato”³⁸⁽²⁵⁷⁾. Estava finalizada a transformação das drogas poderosas nascidas quase ao acaso em remédios específicos para a química cerebral supostamente doente nos PSM. Sem nenhuma fundamentação científica para além do efeito sintomático potente de curto prazo, houve a conversão de sintomáticos agudos em antipsicóticos, ansiolíticos e antidepressivos.

Uma suposta fundamentação da plausibilidade biológica veio logo em seguida, com a elucidação da fisiologia neuroquímica das sinapses, ainda na década de 1950; e na década seguinte, um mecanismo de ação para a imiprimina. Em 1965, foi publicada uma teoria do desequilíbrio químico nos distúrbios afetivos, dando nascimento explícito à psiquiatria biológica. Ao final da década de 1960, a psiquiatria considerava ter feito uma revolução do bem. Em 1967, um em cada três adultos norte-americanos recebeu uma receita de um medicamento psicoativo³⁹.

No capítulo 5, Whitaker aborda a caçada aos desequilíbrios químicos, que deveriam fundamentar teórica e cientificamente as crenças já em vigor a partir da década de 1960. Sua

conclusão, contudo, foi que tanto a hipótese da depressão por baixa serotonina quanto a hipótese da esquizofrenia por excesso de dopamina, alicerces da teoria dos desequilíbrios químicos, haviam se mostrado falhas no fim da década de 1980. Da mesma forma, outros distúrbios mentais que haviam sido associados a problemas neuroquímicos não tiveram comprovação nem evidências suficientes que corroborassem essa hipótese.

No entanto, a crença nos desequilíbrios químicos persistiu. Isso levou os investigadores desse tema a enfatizar repetidas vezes a mesma conclusão de que os dados não corroboravam nenhuma das teorias bioquímicas até então defendidas⁴⁰. Mesmo assim, a teoria sem fundamento foi sendo repetida e foi novamente consagrada popularmente quando do lançamento da Fluoxetina. Todavia, mesmo ali, ficou claro na literatura que as drogas não corrigiam a neuroquímica do cérebro, mas a modificavam.

Sobre a teoria do desequilíbrio neuroquímico, estudos vêm corroborando sua não fundamentação em dados empíricos^{36,41-50}. Recentemente, a maior revisão sistemática de literatura já feita sobre o tema, analisando as publicações sobre a teoria serotoninérgica da depressão até 2020, mostrou que não existem “evidências convincentes para uma base bioquímica da depressão”⁵¹⁽¹²⁾. Os pesquisadores apontam que nos estudos analisados não foram encontrados indícios de causalidade ou associação da depressão com atividades mais baixas ou menor concentração de serotonina. Pelo contrário, parece haver evidências significativas de que o uso em longo prazo de antidepressivos esteja relacionado a redução da concentração de serotonina, o que também foi corroborado por Pech et al.⁵².

Os efeitos em longo prazo dos neurolépticos

O capítulo 6 entra nos resultados clínicos em longo prazo e sustenta a principal tese do livro: os psicotrópicos cronificam os PSM

dos pacientes. A metodologia que tenta seguir é direta: na falta de psicotrópicos e medicamentos antipsicóticos, como evoluiriam os pacientes (taxas de recuperação e reinserção social) ao longo do tempo?

Começando pela esquizofrenia, o autor constata que o eugenismo mental do início do século XX nos EUA fazia com que os esquizofrênicos fossem nessa época internados vitaliciamente. O fato de os esquizofrênicos nunca deixarem os hospitais foi visto como prova de que a doença era crônica e irremediável. Depois da Segunda Guerra Mundial, porém, a eugenia caiu em descrédito, pois era a filosofia da sociedade nazista. A política social se modificou, e os índices de alta hospitalar dispararam. Como resultado, há um breve intervalo, entre 1946 e 1954, no qual podemos verificar como se saíam os pacientes recém-diagnosticados como esquizofrênicos e, desse modo, ter uma ideia dos ‘resultados naturais’ da esquizofrenia antes da chegada da clorpromazina. Analisando dados da época, Whitaker conclui que em torno de 75% dos pacientes internados por surto psicótico estavam de alta após alguns anos e vivendo em comunidade, antes dos psicotrópicos; mais da metade deles não apresentou recaídas nos anos subsequentes, e somente cerca de 20% precisaram se manter continuamente hospitalizados⁵³⁻⁵⁵. Não encontramos na literatura mais recente contestações a essas estimativas.

Os dados dos hospitais da época indicam que a entrada da clorpromazina no mercado na primeira década não alterou a porcentagem de alta para mais. O que gerou uma desospitalização maciça na década de 1960 foi uma mudança política de transferência de pagamentos do *medicaid* e *medicare*, que, a partir de 1965, subsidiou a internação de doentes mentais em asilos e clínicas comunitárias e não em hospitais – o que fez que houvesse uma avalanche de transferências desses pacientes para esse tipo de clínica.

Os estudos de intervenção que se iniciaram via NIMH (porque as indústrias nessa

época não eram obrigadas a fazê-lo) foram desenhados para 6 semanas de acompanhamento, e foram realizadas centenas deles nos anos e décadas posteriores. Tais estudos revelaram que os sintomas psicóticos eram sensivelmente reduzidos com clorpromazina e outros neurolépticos. Porém, quanto aos efeitos de longo prazo, o estudo modelo foi estudar a retirada abrupta da droga em pacientes usuários e avaliar as recaídas em 10 meses ou um ano. Os resultados favoreceriam os psicotrópicos, mas pouco sobre a evolução desses pacientes se sabia além da redução nos escores dos sintomas no curto prazo e nas recaídas de ainda relativamente curto prazo⁵⁶. Um editorial de 2002, da *European Psychiatry*, afirmou que, após cinquenta anos de neurolépticos, não havia nenhuma prova convincente sobre a eficácia dos tratamentos da esquizofrenia no longo prazo⁵⁷.

Whitaker vasculha outros resultados da época inicial da clorpromazina: há registro de maior tendência de recaída quanto maior for a dose. A isso se associaram registros observacionais do fenômeno da síndrome da porta giratória: os egressos das internações tomando neurolépticos voltavam muito mais aos pronto-socorros e reinternavam. Um estudo identificou que a porcentagem de pacientes com autonomia cinco anos após alta caiu com o uso de neurolépticos. Pacientes livres de recaídas em cinco anos caíram de 45% para 30%⁵⁸. Três estudos financiados pelo NIMH mostraram piores resultados em longo prazo para os pacientes usuários de neurolépticos⁵⁹⁻⁶¹. O autor continua seguindo vários estudos igualmente convergentes nos anos seguintes, até o início do século XXI. No último capítulo do livro, são visitadas experiências de tratamento sem ou com pouco uso de neurolépticos, concluindo que, apesar dos efeitos sedativos dos sintomas agudos, esse tratamento tem, em longo prazo, efeitos prejudiciais relacionados à sua não utilização ou à menor utilização.

Embora não exista consenso na literatura científica acerca do uso de neurolépticos no longo prazo, as conclusões de Whitaker parecem ser corroboradas por alguns estudos recentes que apontam para a tendência de cronicidade do seu uso⁶², para uma percepção de baixo custo-efetividade em longo prazo⁶³, assim como para um maior risco e acentuação de eventos adversos, especialmente com a cronicidade do uso⁶³⁻⁶⁷, o que precipita a descontinuação por parte de alguns usuários⁶⁷, em contraste com importante remissão dos sintomas psicóticos, melhores taxas de recuperação e melhores resultados em longo prazo, especialmente em termos funcionais, cognitivos, sociais e laborais em pacientes com menor ou nenhum uso de psicofármacos⁶⁸⁻⁷⁹.

A saga dos chamados ansiolíticos

O capítulo 7 trata dos benzodiazepínicos, os primeiros ansiolíticos. Essa é a única categoria dos psicofármacos para as quais se tem maior crítica disseminada entre médicos e população atualmente. O autor sintetiza sua eficácia a curto prazo, a síndrome de abstinência e os vários problemas em longo prazo.

Aponta que, em curto prazo, essas drogas oferecem alívio, melhorando os sintomas ansiosos. Contudo, no decorrer do tempo, alteram o sistema de neurotransmissores, o que suscita adaptações cerebrais compensatórias. Conseqüentemente, quando da retirada do medicamento, há maior vulnerabilidade a recaídas, o que pode levar ao uso prolongado, muitas vezes por tempo indeterminado, e à cronificação dos sintomas.

As considerações do autor acerca dos benzodiazepínicos encontram ancoragem em recentes estudos que apontam para o crescente aumento de prescrições dessa classe de medicamentos e seu uso indiscriminado, e para os efeitos nocivos do uso dessas medicações, especialmente em longo prazo⁸⁰⁻⁸⁴ e em idosos⁸⁵⁻⁹⁰.

Os antidepressivos

O capítulo 8 trata da depressão, também com um retrospecto histórico e narrativo dos estudos e das teorias sobre a depressão. Novamente, o autor conclui que os medicamentos, agora muito menos poderosos sintomaticamente no curto prazo, têm efeitos prejudiciais em longo prazo na cronificação do uso.

As conclusões de Whitaker sobre os antidepressivos são fortemente reforçadas por estudos que indicam que o uso de antidepressivos é bastante prevalente e está aumentando em longo prazo⁹¹; que seu uso prolongado, além de não apresentar justificativa clínica⁹², parece estar relacionado a piores resultados⁹³⁻⁹⁵ e a possíveis efeitos iatrogênicos que aumentam a cronicidade e a vulnerabilidade aos episódios depressivos⁹⁶⁻⁹⁸. Tais estudos mostram, também, efeitos de abstinência frequentemente graves quando da retirada⁹⁹⁻¹⁰³, e efeitos adversos importantes¹⁰⁴, podendo prejudicar a recuperação e aumentar o risco de reinternação⁹⁶.

Além disso, estudos com antidepressivos x placebo vêm demonstrando alto risco de viés e questionável significância clínica¹⁰⁵⁻¹⁰⁸. Considerando o tamanho do efeito, seria necessário tratar pelo menos 9 pacientes para que 1 tivesse benefício. Ou seja, 8 pacientes serão expostos aos efeitos adversos desses psicofármacos sem receber nenhum benefício adicional em relação ao placebo^{109,110}. Dessa forma, as evidências indicam que os antidepressivos parecem causar mais malefícios que benefícios, especialmente em longo prazo^{94,111-113}.

Outras doenças raras ou que viraram comuns

O capítulo 9 trata da doença bipolar. De modo semelhante, Whitaker conclui com uma tabela (p. 203), em que se mostra a redução dos bons resultados funcionais e cognitivos na

perspectiva de melhoria em longo prazo na era pós-lítio. O capítulo 10 discute a mudança gestáltica que faz com que vejamos apenas doenças cada vez mais graves e vitalícias com inícios cada vez mais precoces na tenra infância, em vez de percebermos iatrogenias em longo prazo do uso de psicotrópicos sucessivos cada vez mais facilmente prescritos. O capítulo 11 vai tratar da epidemia de transtornos psiquiátricos em crianças, iniciando pelo TDAH, que se desdobra na bipolaridade infantil, cujas cifras de diagnose e tratamento crescem e pioram as estatísticas de sequelas e de funcionalidade em longo prazo. O capítulo 12 trata dos adolescentes, que, agora na era pós-psicotrópicos, podem ter todos os PSM dos adultos e das crianças, e tanto mais cronicamente quanto mais cedo entram na medicalização psicofarmacológica.

A construção de uma ideologia

Os capítulos 13 e 14 fazem uma análise da trajetória social, ideológica e político-econômica da psiquiatria norte-americana. Mostram a sua adesão à opção por publicidade e propaganda de uma ideologia que não resiste ao questionamento científico e histórico, mas foi vitoriosa na sociedade, na ciência e na corporação psiquiátrica, com o apoio do NIMH dos EUA, em associação com a indústria dos fármacos e com uma ocultação sistemática de resultados que, especialmente em longo prazo, contradizem a propaganda. O capítulo 15 fala sobre os lucros, a associação da indústria com as associações de usuários e com profissionais e as cifras astronômicas desse mercado.

Esses capítulos lançam luz sobre a história construída pela psiquiatria, a fim de manter a ilusão social da solidez dos benefícios do tratamento psicofarmacológico. Para isso, intencional e conscientemente, optou-se por superestimar os resultados positivos e esconder a precariedade dos resultados em longo prazo, além de silenciar os críticos. O fato de

a psiquiatria ter recorrido a esse método de criação narrativa é indicativo de demérito, superando amplamente o impacto que qualquer estudo individual poderia ter.

Esses capítulos continuam muito atuais. Estudos recentes reforçam resultados apresentados no livro e levantam dúvidas sobre a integridade da literatura científica psiquiátrica e seu impacto na prática médica. Eles têm mostrado, além de falhas metodológicas e vieses de diversas naturezas, evidências de planejamento e seletividade na execução e publicação de resultados de ensaios clínicos com psicofármacos¹¹⁴⁻¹¹⁹, inclusive com a cumplicidade de algumas revistas médicas em “não cumprir os padrões da ciência e revisão por pares”¹²⁰⁽⁹⁹³⁾, uso de estratégias de spin (estratégias de publicidade que induzem os leitores ao erro na avaliação da segurança ou dos efeitos benéficos das intervenções experimentais apresentadas)¹²¹, ocultação e recodificação de eventos adversos, entre outros^{64,112}, apontando para uma baixa a moderada certeza de evidência¹¹⁰. Existem fortes indícios de superestimação da eficácia dos psicotrópicos e de subestimação dos danos associados^{94,105,112,117}.

Além disso, pesquisas recentes reiteram o conflito de interesses presente em estudos sobre o uso e a eficácia de psicofármacos financiados pela indústria farmacêutica, bem como o seu papel tendencioso e da psiquiatria nesse cenário^{36,41,49,105,112,116,119,120,122-124}.

Por fim, o capítulo 16 comenta sobre experiências alternativas de cuidado em SM e seus melhores resultados. Entre elas, destacamos a metodologia do Diálogo Aberto (DA). Desenvolvida e aplicada na Finlândia, apresenta os melhores indicadores de evolução em longo prazo do mundo, com um mínimo de uso temporário de psicotrópicos e muito apoio e mediação social, cuidado, diálogo e abordagens psicológicas. Os bons resultados do DA seguem sendo observados em estudos longitudinais e de revisões de literatura^{65,79,125-129}, revelando que se pode desviar em grande medida dos psicofármacos com melhores resultados.

Embora uma análise crítica extensiva do livro de Whitaker não esteja no escopo desse artigo, vale comentar que um dos limites do livro é que ele não aborda a fragilidade epistemológica dos diagnósticos psiquiátricos, que passaram por grandes transformações na era psicofarmacológica, objeto de análise e críticas que apontam os seus problemas epistemológicos e sociais¹³⁰⁻¹³². Talvez uma das culminâncias dessas críticas tenha sido a proposta, por psiquiatras ingleses, de uma ‘psiquiatria centrada nas drogas’ (em vez de uma psiquiatria centrada nas doenças ou nos transtornos), que dispensa as categorias nosológicas psiquiátricas ao constatar que o uso dos psicofármacos não trata doenças ou transtornos, embora possa ter efeitos sintomáticos que podem fundamentar seu uso (preferencialmente, a ser evitado), sempre temporário e com grandes efeitos adversos de curto e sobretudo de longo prazo, além de excessiva medicalização dos PSM^{42,113,133,134}.

Considerações finais

Da tese de Whitaker, que se mostra cada vez mais fortalecida, deduz-se a diretriz clínica genérica de evitar enfaticamente o uso de psicofármacos. Caso seja iniciado esse uso, que seja como sintomático agudo pelo menor tempo possível, sem seu prolongamento, sendo o uso crônico ativamente evitado, para quaisquer que sejam os psicotrópicos e quaisquer que sejam os PSM. Ela é baseada na história social e científica da psiquiatria, especialmente da psiquiatria norte-americana, bem como em evidências científicas de vários tipos disponíveis.

O argumento central da tese é que os psicotrópicos, para além de não tratarem ou controlarem PSM, quando são eficazes, apenas têm efeitos sintomáticos sedativos em curto prazo e são iatrogênicos em longo prazo, o que outros pesquisadores também reconhecem^{93-98,108,111,135,136}. Portanto, frente a experiências relativamente exitosas de cuidado

que prescindem desses fármacos, eles seriam praticamente desnecessários para o cuidado em SM, sendo considerados sintomáticos perigosos e evitados pela sua iatrogenia e medicalização cronicante. Um corolário disso é que, em vez de serem considerados terapia de primeira linha, os psicofármacos deveriam ser tratados como uma terapia de fim de linha, precário e iatrogênico. Uma perspectiva muito distante da atualmente mais presente na psiquiatria, na medicina em geral e na MFC.

Se houver verdade nessa tese, e considerando as evidências apresentadas, parece que MFC e os demais médicos da APS e de outros ambientes precisam rever sua adesão ao uso de psicofármacos, defrontando-se com o desafio de reconhecer que a diretriz para um melhor resultado clínico, incluindo em longo prazo, é um ecletismo terapêutico em que os psicofármacos estarão na última escolha, para uso temporário, breve e indesejável.

A grande dificuldade de enfrentar esse desafio na realidade brasileira atual não deve obscurecer sua importância institucional, clínica, científica e ética. Em uma perspectiva da macrogestão do SUS, isso indica a necessidade de um esforço especial e articulado entre gestores federais e estaduais da APS e da SM (e também da educação superior e assistência social), para criar condições assistenciais e competências nos serviços e profissionais especializados em SM e (especialmente) de APS (articulando-os intimamente), para que

estejam cada vez mais disponíveis os cuidados em SM não psicofarmacológicos, que envolvam os pacientes, suas famílias e as redes de relações sociais e comunitárias, em uma perspectiva de empoderamento individual e coletivo, de direitos humanos, justiça social, redução de iniquidades e fortalecimento, capilarização e melhor qualificação da Raps e da APS.

Em uma dimensão de microgestão, cada equipe de profissionais da APS, especialmente as da ESF, e sobretudo cada médico devem desenvolver uma abordagem mais criteriosa e crítica diante dos psicotrópicos, sabendo que podem propor um cuidado melhor, menos iatrogênico, menos medicalizante e tão ou mais eficaz para seus pacientes com PSM. Tais equipes devem ser protagonistas da exploração e construção de recursos comunitários, clínicos e institucionais a serem usados, em parceria com os profissionais especializados em SM.

Construir as condições institucionais (infraestrutura de serviços e de profissionais) e educacionais (graduação, residências e educação continuada) necessárias a essa mudança integra esse desafio urgente e necessita ser mais debatido, investigado e experimentado.

Colaboradores

Secco AC (0000-0002-2495-6678)* e Tesser CD (0000-0003-0650-8289)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Gonçalves DA, Mari JJ, Bower P, et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(3):623-32.
2. Souza LS, Barbosa B, Silva CO, et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto da atenção primária à saúde. *Rev. port. enferm. saúde mental*. 2017; (18):59-66.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

3. Murcho N, Pacheco E, Jesus SN. Transtornos mentais comuns nos Cuidados de Saúde Primários: Um estudo de revisão. *Rev. port. enferm. saúde mental.* 2016; 15(15):30-6.
4. Starfield B. *Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.
5. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde debate.* 2018; 42(esp1):361-78.
6. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 1978 set 6-12. Alma-Ata; USSR; 1978. [acesso em 2023 ago 22]. Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf.
7. Soalheiro NI, Mota FS. Medicalização da vida: doença, transtornos e saúde mental. *Rev. polis psique.* 2014; 4(2):65-85.
8. Magalhães VP. Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. *ECOS.* 2017; 1(8):168-73.
9. Caponi S. Uma biopolítica da indiferença: a propósito da denominada Revolução Psicofarmacológica. In: Amarante P, Pitta AMF, Oliveira WF, editores. *Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política.* São Paulo: Zagodini Editora Ltda; 2018. p. 17-37.
10. Rodrigues MAP, Facchini AL, Lima MS. Modifications in psychotropic drug use patterns in a Southern Brazilian city. *Rev. Saúde Pública.* 2006; 40(1):107-14.
11. Brasil. Ministério da Saúde. *Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019. [acesso em 2022 set 28]. Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/medicamentos_medicalizacao_recomendacoes_estrategia_1ed.pdf.
12. Nations United. *Report of the International Narcotics Control Board for 2017.* Viena: United Nations; 2018. [acesso em 2022 set 28]. Disponível em: https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2017/Annual_Report/E_2017_AR_ebook.pdf.
13. Tesser CD. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface (Botucatu).* 2006; 10(19):61-76.
14. Tesser CD. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface (Botucatu).* 2006; 10(20):347-62.
15. Tesser CD. Cuidado clínico e sobremedicalização na atenção primária à saúde. *Trab. Educ. Saúde.* 2019; 17(2):1-27.
16. Santos RB, Zambenedetti G. Understanding the current medicalization process in the mental health context. *Salud soc.* 2019; 10(1):22-37.
17. Pereira MTCG, Souza FAM, Cardoso FM. Tratamento medicamentoso para depressão e prevenção quaternária. *Rev. bras. med. fam. comunidade.* 2021; 16(43):2568.
18. Gotzsche P. *Kit de Sobrevivência em Saúde Mental e Retirada dos Medicamentos Psiquiátricos – Cap. 2.* [acesso em 2022 set 28]. Disponível em: <https://madinbrasil.org/2020/11/kit-de-sobrevivencia-em-saude-mental-e-retirada-dos-medicamentos-psiquiatricos-cap-2-1/>.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 22 Dez 2017.
20. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Mental.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de Atenção Básica, nº 34). [acesso em 2022 set 28]. Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_sau.de_mental.pdf.
21. Wenceslau LD, Ortega F. *Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas inter-*

- nacionais e cenário brasileiro. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1121-32.
22. Tavares ALB, Souza AR, Pontes RJS. Estudo da demanda de saúde mental em Centro de Saúde da Família em Caucaia, Ceará, Brasil. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*. 2013; (8):35-42.
23. Whitaker R. *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.
24. Whitaker R. Anatomy of an epidemic: the history and science of a paradigm of care. *Behav. Ther.* 2015; 38(7):192-8.
25. Whitaker R. *The Case Against Antipsychotics: A Review of Their Long-Term Side Effects*. [Sem local]: Mad in America Foundation; 2016. [acesso em 2022 set 28]. Disponível em: <https://www.madinamerica.com/wp-content/uploads/2016/07/The-Case-Against-Antipsychotics.pdf>.
26. World Health Organization; World Organization of Family Doctors. *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global*. Lisboa: WHO; WONCA; 2009. [acesso em 2022 set 28]. Disponível em: https://subpav.org/SAP/protocolos/arquivos/SAUDE_MENTAL/integracao_da_saude_mental_nos_cuidados_de_saude_primarios_-_uma_perspectiva_global.pdf.
27. Prince M, Patel V, Saxena S, et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007; 370(9590):859-77.
28. Eaton WW, Martins SS, Nestadt G, et al. The Burden of Mental Disorders. *Epidemiol. Rev.* 2008; 30:1-14.
29. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, et al. Epidemiological transition and the study of burden of disease in Brazil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2004; 897-908.
30. Viola S, Moncrieff J. Claims for sickness and disability benefits owing to mental disorders in the UK: trends from 1995 to 2014. *BJPsych Open*. 2016; 2(1):18-24.
31. Jääskeläinen E, Juola P, Hirvonen N, et al. A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 2013; 39(6):1296-306.
32. Harrow M, Jobe TH. Does long-term treatment of schizophrenia with antipsychotic medications facilitate recovery? *Schizophr. Bull.* 2013; 39(5):962-5.
33. Mulder R, Rucklidge J, Wilkinson S. Why has increased provision of psychiatric treatment not reduced the prevalence of mental disorder? *Aust N Z J Psychiatry*. 2017; 51(12):1176-7.
34. Jorm AF, Patten SB, Brugha TS, et al. Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? Review of the evidence from four countries. *World Psychiatry*. 2017; 16:90-9.
35. Caponi S. Sobre la llamada revolución psicofarmacológica: el descubrimiento de la clorpromazina y la gestión de la locura. *Hist. Ciênc. Saúde Manguinhos*. 2021; 28(3):661-83.
36. Caponi S. *Uma sala tranquila: neurolépticos para uma biopolítica da indiferença*. São Paulo: Liber Ars; 2019.
37. Himwich HE. *Psychopharmacologic Drugs*. Science. 1958; 127(3289):59-72.
38. Guttmacher MS. Phenothiazine Treatment in Acute Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 1964; 10(3):246-61.
39. Swazey J. *Chlorpromazine in psychiatry: a study of therapeutic innovation*. Cambridge: The Massachusetts Institute of Technology; 1974.
40. Valenstein E. *Blaming the Brain*. New York: The Free Press; 1998.
41. Moncrieff J. Against the Stream Series Against the stream: Antidepressants are not antidepressants – an alternative approach to drug action and implications for the use of antidepressants. *BJPsych Bull.* 2018; 42(1):42-4.

42. Moncrieff J. Research on a 'drug-centred' approach to psychiatric drug treatment: assessing the impact of mental and behavioural alterations produced by psychiatric drugs. *Epidemiol Psychiatr. Sci.* 2018; 12;27(2):133-40.
43. Lacasse JR, Leo J. Serotonin and Depression: A Disconnect between the Advertisements and the Scientific Literature. *PLoS Medicine.* 2005; 2(12):1211-6.
44. Cowen PJ, Browning M. What has serotonin to do with depression? *World Psychiatry.* 2015; 14(2):158-60.
45. Moncrieff J. Magic Bullets for Mental Disorders: The Emergence of the Concept of an "Antipsychotic" Drug. *J Hist Neurosci.* 2013; 22(1):30-46.
46. Moncrieff J. Psychiatric drug promotion and the politics of neoliberalism. *Br. j. psychiatr.* 2006; 188(4):301-2.
47. Amarante P, Freitas F. *Medicalização em Psiquiatria.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.
48. Healy D. Serotonin and depression. *BMJ.* 2015; (350):1-2.
49. Ang B, Horowitz M, Moncrieff J. Is the chemical imbalance an 'urban legend'? An exploration of the status of the serotonin theory of depression in the scientific literature. *SSM – Mental Health.* 2022; (2):1-9.
50. Moncrieff J. El pasado y el futuro de la psiquiatria y sus fármacos. In: Zurita M, editor. *ATLAS otra revista de salud mental.* 17. ed. Córdoba: Autowahn; 2019. p. 17-32.
51. Moncrieff J, Cooper R, Stockmann T, et al. The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. *Mol. psychiatry.* 2022; 1-14.
52. Pech J, Forman J, Kessing LV, et al. Poor evidence for putative abnormalities in cerebrospinal fluid neurotransmitters in patients with depression versus healthy non-psychiatric individuals: A systematic review and meta-analyses of 23 studies. *J Affect Disord.* 2018; 240(6):6-16.
53. Cole JO, Gerard R. *Psychopharmacology. Problems in Evaluation.* Washington: National Academy of Sciences – National Research Council; 1959.
54. Lehrman N. Follow-Up of Brief and Prolonged Psychiatric Hospitalization. *Compr. psychiatry.* 1961; 2(4):227-40.
55. Warner R. *Recovery from Schizophrenia: Psychiatry and Political Economy.* London: Brunner-Routledge; 1985.
56. Gilbert PL. Neuroleptic Withdrawal in Schizophrenic Patients. *Arch Gen Psychiatry.* 1995; 52(3):173-88.
57. Geddes J. Prevention of Relapse in Schizophrenia. *N. Engl. j. med.* 2002; 346(1):56-8.
58. Bokoven J, Salomão H. Comparison of two five-year follow-up studies: 1948 to 1952 and 1967 to 1972. *Am. j. psychiatr.* 1975; 132(8):796-801.
59. Rappaport M, Hopkins HK, Hall K, et al. Are There Schizophrenics for Whom Drugs May be Unnecessary or Contraindicated? *Int. Pharmacopsychiatry.* 1978; 13(2):100-11.
60. Carpenter W, McGlashan T, Strauss J. The treatment of acute schizophrenia without drugs: an investigation of some current assumptions. *Am. j. psychiatr.* 1977; 134(1):14-20.
61. Matthews SM, Roper MT, Mosher LR, et al. A Non-neuroleptic Treatment for Schizophrenia: Analysis of the Two-year Postdischarge Risk of Relapse. *Schizophr. Bull.* 1979; 5(2):322-33.
62. Gotzsche PC. Long-term use of antipsychotics and antidepressants is not evidence-based. *Int. j. risk saf. med.* 2020; 31(1):37-42.
63. Bjornestad J, Davidson L, Joa I, et al. Antipsychotic treatment: experiences of fully recovered service users. *J. ment. health.* 2017; 26(3):264-70.
64. Hughes S, Cohen D, Jaggi R. Differences in reporting serious adverse events in industry sponsored clinical trials. *PLoS One.* 2018; 13(12):e0206111.

- cal trial registries and journal articles on antidepressant and antipsychotic drugs: a cross-sectional study. *BMJ*. 2014; (4):1-12.
65. Bergström T, Taskila JJ, Alakare B, et al. Five-Year Cumulative Exposure to Antipsychotic Medication After First-Episode Psychosis and its Association With 19-Year Outcomes. *Schizophr. Bull. Open*. 2020; 1(1):1-8.
66. Guo K, Feng Z, Chen S, et al. Safety Profile of Antipsychotic Drugs: Analysis Based on a Provincial Spontaneous Reporting Systems Database. *Front Pharmacol*. 2022; (13):1-9.
67. Keogh B, Murphy E, Doyle L, et al. Mental health service users experiences of medication discontinuation: a systematic review of qualitative studies. *Journal of Mental Health*. 2022; 31(2):227-38.
68. Harrow M, Jobe TH, Faull RN. Do all schizophrenia patients need antipsychotic treatment continuously throughout their lifetime? A 20-year longitudinal study. *Psychol Med*. 2012; 42(10):2145-55.
69. Harrow M, Jobe TH, Faull RN. Does treatment of schizophrenia with antipsychotic medications eliminate or reduce psychosis? A 20-year multi-follow-up study. *Psychol Med*. 2014; 44(14):3007-16.
70. Moilanen J, Haapea M, Miettunen J, et al. Characteristics of Subjects With Schizophrenia Spectrum Disorder With and Without Antipsychotic Medication – a 10-Year Follow-Up of the Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. *Eur. psychiatry*. 2013; 28(1):53-8.
71. Murray RM, Quattrone D, Natesan S, et al. Should psychiatrists be more cautious about the long-term prophylactic use of antipsychotics? *Br. j. psychiatr*. 2016; 209(5):361-5.
72. Albert N, Randers L, Allott K, et al. Cognitive functioning following discontinuation of antipsychotic medication. A naturalistic sub-group analysis from the OPUS II trial. *Psychol Med*. 2019; 49(07):1138-47.
73. Wils RS, Gotfredsen DR, Hjorthøj C, et al. Antipsychotic medication and remission of psychotic symptoms 10 years after a first-episode psychosis. *Schizophr. Res*. 2017; 182:42-8.
74. Harrow M, Jobe TH, Faull RN, et al. A 20-Year multi-followup longitudinal study assessing whether antipsychotic medications contribute to work functioning in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2017; 256:267-74.
75. Wunderink L, Nieboer RM, Wiersma D, et al. Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2013; 70(9):913-20.
76. Tani H, Takasu S, Uchida H, et al. Factors associated with successful antipsychotic dose reduction in schizophrenia: a systematic review of prospective clinical trials and meta-analysis of randomized controlled trials. *Neuropsychopharmacol*. 2020; 45(5):887-901.
77. Gleeson JFM, Cotton SM, Alvarez-Jimenez M, et al. A randomized controlled trial of relapse prevention therapy for first-episode psychosis patients: Outcome at 30-month follow-up. *Schizophr. Bull*. 2013; 39(2):436-48.
78. Jung E, Wiesjahn M, Wendt H, et al. Symptoms, functioning and coping strategies in individuals with schizophrenia spectrum disorders who do not take antipsychotic medication: A comparative interview study. *Psychol Med*. 2016; 46(10):2179-88.
79. Bergström T. Life after Integrated and Dialogical Treatment of First-Episode Psychosis Long-Term Outcomes at the Group and Individual Level. [tese]. Jyvaskyla: University of Jyväskylä; 2020. 135 p. [acesso em 2022 set 28]. Disponível em: https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/71454/978-951-39-8119-8_vaitos19092020.pdf?sequence=4&isAllowed=y.
80. Mourine NS, Espino SV, Uema SAN, et al. Descripción de la disponibilidad y normas para el uso de las benzodiazepinas en algunos países de Latinoamérica, 2016. *Rev. méd. Urug*. 2022; 38(2):1-11.

81. Taipale H, Särkilä H, Tanskanen A, et al. Incidence of and Characteristics Associated With Long-term Benzodiazepine Use in Finland. *JAMA Netw. Open.* 2020; 3(10):1-14.
82. Crowe SF, Stranks EK. The Residual Medium and Long-term Cognitive Effects of Benzodiazepine Use: An Updated Meta-analysis. *Arch. clin. neuropsychol.* 2018; 33(7):901-11.
83. Fegadolli C, Varela NMD, Carlini ELA. Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba. *Cad. Saúde Pública.* 2019; 35(6).
84. Alvim MM, Cruz DT, Aquino GA, et al. Study on medication prescription in the elderly population: benzodiazepine use and potential drug interactions. *Cad. Saúde Colet.* 2021; 29(2):209-17.
85. Mendes AKA, Assunção IL, Gonzalez GMM, et al. Uso de benzodiazepínicos em idosos no Brasil. *Res Soc. Dev.* 2022; 11(2):1-8.
86. Gerlach LB, Maust DT, Leong SH, et al. Factors Associated With Long-term Benzodiazepine Use Among Older Adults. *JAMA Intern Med.* 2018; 178(11):1-3.
87. Davies SJ, Rudoler D, Oliveira C, et al. Comparative safety of chronic versus intermittent benzodiazepine prescribing in older adults: A population-based cohort study. *J. psychopharmacol.* 2022; 36(4):460-9.
88. Lucchetti G, Lucchetti ALG. Inappropriate prescribing in older persons: A systematic review of medications available in different criteria. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 2017; (68):55-61.
89. Freire MBO, Silva BGC, Bertoldi AD, et al. Utilização de benzodiazepínicos em idosos brasileiros: um estudo de base populacional. *Rev. Saúde Pública.* 2022; 56(10):1-13.
90. American Geriatrics Society. Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2019; 67(4):674-94.
91. Ormel J, Spinhoven P, Vries YA, et al. The antidepressant standoff: Why it continues and how to resolve it. *Psychol. med.* 2019; 50(2):177-86.
92. Eveleigh R, Muskens E, Lucassen P, et al. Withdrawal of unnecessary antidepressant medication: a randomised controlled trial in primary care. *BJGP Open.* 2018; 1(4):1-11.
93. Hengartner MP, Angst J, Rössler W. Antidepressant use prospectively relates to a poorer long-term outcome of depression: Results from a prospective community cohort study over 30 years. *Psychother. Psychosom.* 2018; 87(3):181-3.
94. Danborg PB, Valdorsdorf M, Gotzsche PC. Long-term harms from previous use of selective serotonin reuptake inhibitors: A systematic review. *Int. j. risk saf. med.* 2019; (30):59-71.
95. Vittengl JR. Poorer Long-Term Outcomes among Persons with Major Depressive Disorder Treated with Medication. *Psychoter. psychosom.* 2017; 86(5):302-4.
96. Hengartner MP, Passalacqua S, Andreae A, et al. Antidepressant use during acute inpatient care is associated with an increased risk of psychiatric rehospitalisation over a 12-month follow-up after discharge. *Front. Psychiat.* 2019; (10):1-9.
97. Fava GA. May antidepressant drugs worsen the conditions they are supposed to treat? The clinical foundations of the oppositional model of tolerance. *Ther. Adv. Psychopharmacol.* 2020; (10):1-11.
98. Fava GA, Rafanelli C. Iatrogenic factors in psychopathology. *Psychoter. Psychosom.* 2019; (88):129-40.
99. Davies J, Read J. A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? *Addict. behav.* 2019; (97):111-21.
100. Davies J, Read J. Authors' response to a critique by Jauhar and Hayes of 'A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guideline evidence-based?'

- Addict. *behav.* 2019; (97):127-30.
101. Read J. How common and severe are six withdrawal effects from, and addiction to, antidepressants? The experiences of a large international sample of patients. *Addict. *behav.** 2020; (102):1-31.
 102. Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *Lancet Psych.* 2019; 6(6):538-46.
 103. Hengartner MP, Davies J, Read J. Antidepressant withdrawal – the tide is finally turning. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 2020; 29(e52):1-3.
 104. Moncrieff J. Persistent adverse effects of antidepressants. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 2020; (29):1-2.
 105. Jakobsen JC, Katakam KK, Schou A, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors versus placebo in patients with major depressive disorder. A systematic review with meta-analysis and Trial Sequential Analysis. *BMC Psych.* 2017; 17(1):1-28.
 106. Jakobsen JC, Gluud C, Kirsch I. Should antidepressants be used for major depressive disorder? *BMJ Evid. Based Med.* 2020; 25(4):130-6.
 107. Khan A, Fahl Mar K, Faucett J, et al. Has the rising placebo response impacted antidepressant clinical trial outcome? Data from the US Food and Drug Administration 1987-2013. *World Psychiatry.* 2017; (16):181-92.
 108. Moncrieff J. What does the latest meta-Analysis really tell us about antidepressants? *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 2018; 27(5):430-2.
 109. Hengartner MP, Plöder M. Statistically significant antidepressant-placebo differences on subjective symptom-rating scales do not prove that the drugs work: Effect size and method bias matter! *Frontiers in Psychiatry.* 2018; (9):1-5.
 110. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, et al. Articles Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet.* 2018; (391):1357-66.
 111. Andrews PW, Jr JAT, Amstadter A, et al. Primum non nocere: an evolutionary analysis of whether antidepressants do more harm than good. *Front Psychol.* 2012; (3):1-19.
 112. Hengartner MP. Methodological flaws, conflicts of interest, and scientific fallacies: Implications for the evaluation of antidepressants efficacy and harm. *Front Psych.* 2017; 8(275):1-7.
 113. Gotzsche PC. Why I think antidepressants cause more harm than good. *Lancet Psych.* 2014; 1(2):104-6.
 114. Maslej MM, Bolker BM, Russell MJ, et al. The Mortality and Myocardial Effects of Antidepressants Are Moderated by Preexisting Cardiovascular Disease: A Meta-Analysis. *Psychoter. psychosom.* 2017; 86(5):268-82.
 115. Sharma T, Guski LS, Freund N, et al. Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. *BMJ.* 2016; (352):1-10.
 116. Vries YA, Roest AM, Turner EH, et al. Hiding negative trials by pooling them: a secondary analysis of pooled-trials publication bias in FDA-registered antidepressant trials. *Psychol Med.* 2019; 49(12):2020-6.
 117. Kirsch I, Huedo-Medina BT, Pigott HE, et al. Do outcomes of clinical trials resemble those of “real world” patients? A reanalysis of the STAR*D antidepressant data set. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice. BMJ Open.* 2018; 5(4):339-45.
 118. Hengartner MP, Amendola S, Kaminski JA, et al. Suicide risk with selective serotonin reuptake inhibitors and other new-generation antidepressants in adults: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *J. Epidemiol. Community Health.* 2021; 75(6):523-30.
 119. Arroll B, Chin W-yee, Martis W, et al. Antidepress-

- sants for treatment of depression in primary care: a systematic review and meta-analysis. *J. Prim Health Care*. 2016; 8(4):325-34.
120. Amsterdam JD, McHenry LB, Jureidini JN. Industry-corrupted psychiatric trials. *Psychiatr Pol*. 2017; 51(6):993-1008.
121. Beijers L, Jeronimus BF, Turner EH, et al. Spin in RCTs of anxiety medication with a positive primary outcome: a comparison of concerns expressed by the US FDA and in the published literature. *BMJ Open*. 2017; 7(3):1-7.
122. Moynihan R, Albarqouni L, Nangla C, et al. Financial ties between leaders of influential US professional medical associations and industry: cross sectional study. *BMJ*. 2020; 359(1505):1-7.
123. Turner EH, Cipriani A, Furukawa TA, et al. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy: Updated comparisons and meta-analyses of newer versus older trials. *PLoS Med*. 2022; 19(1):1-21.
124. Cosgrove L, Peters SM, Vaswani A, et al. Institutional corruption in psychiatry: Case analyses and solutions for reform. *Soc Personal Psychol Compass*. 2018; 12(6):1-10.
125. Aaltonen J, Seikkula J, Lehtinen K. The comprehensive open-dialogue approach in western lapland: I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states. *Psychosis*. 2011; 3(3):179-91.
126. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J. The comprehensive open-dialogue approach in western lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis*. 2011; 3(3):192-204.
127. Kłapciński MM, Rymaszewska J. Open Dialogue Approach – about the phenomenon of Scandinavian Psychiatry. *Psychiatr. Pol*. 2015; 49(6):1179-90.
128. Lakeman R. The Finnish open dialogue approach to crisis intervention in psychosis: A review. *Psychotherapy in Australia*. 2014; 20(3):28-35.
129. Bergström T, Seikkula J, Alakare B, et al. The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry Res*. 2018; 270:168-75.
130. Middleton H, Moncrieff J. Critical psychiatry: a brief overview. *BJPsych. Adv*. 2019; 25(1):47-54.
131. Pulhiez GC, Norman AH. Prevenção quaternária em saúde mental. *Rev. bras. med. fam. comunidade*. 2021; 16(43):1-10.
132. Gotzsche PC. *Critical psychiatry*. Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022. [acesso em 2022 set 28]. Disponível em: <https://www.scientificfreedom.dk/wp-content/uploads/2023/05/Gotzsche-Critical-Psychiatry-Textbook.pdf>.
133. Double DB. Twenty years of the Critical Psychiatry Network. *Br. j. psychiatry*. 2019; 214(2):61-2.
134. Gotzsche PC. Psychopharmacology Is Not Evidence-Based Medicine. In: Davies J. *The Sedated Society*. Cham: Springer International Publishing; 2017. p. 23-49.
135. Ghaemi SN. Symptomatic versus disease-modifying effects of psychiatric drugs. *Acta Psychiatr. Scand*. 2022; 146(3):251-7.
136. Pik N. More treatment, but what kind of treatment? A response to Mulder, Rucklidge and Wilkinson. *Aust. New Zealand j. psychiatr*. 2018; 52(8):1.

Recebido em 18/12/2022

Aprovado em 28/08/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes) (processo nº 88882.437588/2019-01). Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Bolsa de produtividade em pesquisa do CNPq (processo nº 313822/2021-2)