

**UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ**

**Marina Dória Molinari Couto**

**PSICOLOGIA E SUBSTÂNCIAS PSICODÉLICAS:  
Psicoterapia Assistida por MDMA no tratamento de  
Transtorno de Estresse Pós-Traumático**

**TAUBATÉ - SP**

**2018**

**Marina Dória Molinari Couto**

**PSICOLOGIA E SUBSTÂNCIAS PSICODÉLICAS:  
Psicoterapia Assistida por MDMA no tratamento de  
Transtorno de Estresse Pós-Traumático**

Trabalho de Graduação do Curso de  
Psicologia da Universidade de Taubaté.  
Orientador: Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Régis de Toledo Souza

**TAUBATÉ - SP**

**2018**

**MARINA DÓRIA MOLINARI COUTO**

**PSICOLOGIA E SUBSTÂNCIAS PSICODÉLICAS: PSICOTERAPIA ASSISTIDA  
POR MDMA NO TRATAMENTO DE TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-  
TRAUMÁTICO**

Trabalho de graduação apresentado ao Departamento de Psicologia, da Universidade de Taubaté, como requisito parcial para a conclusão do curso de Psicologia.

Data: 09/11/2018

Resultado: Aprovada

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profº. Drº. Régis de Toledo Souza

Universidade de Taubaté

Orientador

---

Profº. Drº. Paulo Roberto Grangeiro Rodrigues

Universidade de Taubaté

Quem tem consciência para ter coragem  
Quem tem a força de saber que existe  
E no centro da própria engrenagem  
Inventa a contra mola que resiste  
Quem não vacila mesmo derrotado  
Quem já perdido nunca desespera  
E envolto em tempestade, decepado  
Entre os dentes, segura a primavera.  
("Primavera nos dentes", canção do Secos &  
Molhados, 1973).

Aos que corajosamente caminham na  
contramão, resistindo e lutando por uma  
sociedade mais humanizada, justa e  
libertária. Aos que acreditam que a maior  
revolução é a evolução da consciência.

## Agradecimentos

Sou grata a cada pessoa que se fez presente no decorrer desses cinco anos. Acredito que as relações são das coisas mais bonitas da vida: possibilitam as trocas. O fluxo de ensinar e aprender; de acolher e de se entregar, de doar uma parte de si e abrigar uma do outro. O encontro é como uma colisão de dois planetas distintos, que se mesclam e deixam marcas um no outro. O outro passa a fazer morada dentro de você e vice-versa. Às pessoas queridas, amigas e companheiras de luta que compartilham dessa jornada de borboleta comigo.

Sou grata ao meu pai, Geraldo, que mesmo não estando mais nesse plano, sempre se faz presente em meu coração, me ensinando que somos muito maiores que um corpo material. Somos capazes de existir fora de nós — no outro (você existe em mim). Em memória à sua vida de luta, força e amor.

Sou grata à minha mãe, Simone, que me ensinou a ser verdade, a ser inteira, a ser consciência. Uma mulher forte que me ensinou sobre legitimidade e potência: sobre ser tudo que sou, que posso ser. Ser o que se é com intensidade e profundidade.

Sou grata ao mestre Régis por todos os ensinamentos, que não envolvem apenas conteúdos teóricos, mas também sobre a busca constante por sermos pessoas melhores a cada instante. Minha mais sincera admiração por sua coragem e integridade.

Sou grata às professoras Miria Benincasa; Lauren Mennoch; Camila Young, Ana Maria Gontijo e Talitha Batista, que marcaram meu caminho como exemplos de profissionais e de mulheres admiráveis.

Sou grata às amigas que me nutrem com amor e companheirismo. Em especial, às companheiras de curso, Lizandra e Sabrine.

Por fim, sou grata à Natureza, minha Grande Mãe, que me ensina sobre a impermanência: a grande condição da vida. Me construo todos os dias enquanto uma identidade caleidoscópica e mutante, constituída de fragmentos de tudo que vivo, experiencio e sinto.

## RESUMO

Este trabalho visa contribuir na discussão sobre o potencial terapêutico da psicoterapia associada a um psicoativo, com enfoque na Psicoterapia Assistida por MDMA no tratamento de Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Partindo da compreensão da importância de uma prática profissional integrativa, que leve em consideração a totalidade do ser humano, são abordadas as ações conjuntas na área da saúde, que podem expandir as possibilidades de intervenção, colocando em pauta as noções de integralidade, humanização e interdisciplinaridade. O método de pesquisa utilizado foi a revisão sistemática da literatura. A análise dos resultados demonstrou que os ensaios clínicos do referido tratamento possuíram taxas significativas de melhora ou cura. Indicou também que há uma escassa produção de pesquisas desse cunho no país, apontando para uma predominância de cuidados tradicionais na área, configurando esse campo como uma nova possibilidade de atuação da Psicologia.

**Palavras-chave:** Psicofarmacologia. Psicopatologia. Psicologia. Psicologia Social. Psicodélicos.

## **ABSTRACT**

This work aims to contribute to the discussion on the therapeutic potential of psychotherapy associated to a psychoactive, with a focus on MDMA Assisted Psychotherapy in the treatment of Post-Traumatic Stress Disorder. Based on the understanding of the importance of an integrative professional practice that takes into account the totality of the human being, joint actions in the area of health are addressed, which can expand the possibilities of intervention, putting in focus the notions of integrality, humanization and interdisciplinarity. The research method used was the systematic review of the literature. Analysis of the results demonstrated that the clinical trials of this treatment had significant rates of improvement or cure. It also indicated that there is a scarce production of research of this kind in the country, pointing to a predominance of traditional care in the area, configuring this field as a new possibility of Psychology performance.

**Keywords:** Psychopharmacology. Psychopathology. Psychology. Social Psychology. Psychedelics.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>2 CONCEPÇÕES TEÓRICAS E EVOLUÇÕES DA TERAPÊUTICA DO CAMPO PSICOLÓGICO E PSIQUIÁTRICO</b> .....	10
2.1 PERCURSOS DA PSICOLOGIA .....	10
2.2 PSICOLOGIA E FENÔMENO PSICOLÓGICO.....	13
2.3 PRÁTICAS PSICOLÓGICAS NA ESFERA PÚBLICA.....	15
2.4 CONCEPÇÕES TEÓRICAS E EVOLUÇÕES DA TERAPÊUTICA DO CAMPO PSIQUIÁTRICO .....	29
<b>3 PSICOTERAPIA ASSISTIDA POR MDMA NO TRATAMENTO DE TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO</b> .....	32
3.1 PANORAMA DO CENÁRIO BRASILEIRO.....	47
<b>4 MÉTODO: REVISÃO SISTEMÁTICA</b> .....	53
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	60
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	62



## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (2017), atualmente há uma intensificação dos problemas de viés psicológico, explicitada pelo aumento de distúrbios mentais na população em nível mundial. Estima-se que 4,4% da população global sofra com depressão e 3,6% com transtornos de ansiedade, respectivamente cerca de 322 milhões e 264 milhões de pessoas. Entre os anos de 2005 a 2015, houve um aumento global de 18,4% no índice de depressão e 14,9% no de transtornos relacionados à ansiedade. No Brasil, 5,8% da população sofre com depressão e 9,3% sofre com transtornos de ansiedade, respectivamente cerca de 11,5 milhões e 18,6 milhões de pessoas. No âmbito da saúde, a Psicologia e a Psiquiatria são as categorias profissionais que se dedicam à saúde mental; embora historicamente haja avanços nessas áreas, seus cunhos tradicionais possuem limitações quanto aos seus tratamentos, emergindo a necessidade da ampliação de alternativas dessas atuações. Pesquisas realizadas neste sentido, com substâncias psicodélicas (MITHOEFER ET AL., 2011; SCHENBERG ET AL., 2014; GASSER ET AL., 2014; BROWN, ALPER, 2017; NOLLER; FRAMPTON; YAZAR-KLOZINSKI, 2017; THOMAS ET AL., 2013, MITHOEFER ET AL., 2013, entre outras), têm obtido grande reconhecimento nas comunidades científicas internacionais, demonstrando o grande potencial terapêutico destas. Este trabalho abordará a associação entre psicoterapia e MDMA no tratamento de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), discutindo as aproximações entre Psicologia e Psicofarmacologia, especialmente no que concerne aos psicoativos.

A concepção de saúde<sup>1</sup> preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, traz à luz a importância do conceito de integralidade, já que a mesma foi postulada como um estado de bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença, compreendendo, portanto, que fatores biológicos, psíquicos e sociais são indissociáveis. Desta forma, as discussões deste trabalho convergem para a importância de ações conjuntas na área da saúde, entendendo que o trabalho interdisciplinar torna viável a expansão das possibilidades de intervenção, reiterando a relevância da integralidade, amplamente discutida na Carta de Ottawa e nos

---

<sup>1</sup> Conceito retirado da Constituição da Organização Mundial da Saúde, de 1946, disponível na Biblioteca Virtual de Direitos Humanos da Universidade de São Paulo (USP).

princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), modelo de sistema de saúde reconhecido internacionalmente.

A pesquisa sobre Psicoterapia Assistida por MDMA no tratamento de TEPT, além de ser de extrema relevância tanto para a Psicologia quanto para a Psiquiatria, possui uma enorme importância no país dado os altos índices de transtornos psicológicos na população (RIBEIRO ET AL., 2013), além de ter o potencial de se tornar um marco de mudança na atual política de drogas, contribuindo para a revisão de seus paradigmas, rumo a princípios mais humanizados, pautados na tolerância e na ciência.

## **2 CONCEPÇÕES TEÓRICAS E EVOLUÇÕES DA TERAPÊUTICA DO CAMPO PSICOLÓGICO E PSIQUIÁTRICO**

Este capítulo tem como intuito a discussão sobre a terapêutica e as transformações dos campos psicológico e psiquiátrico, compreendendo que, embora haja avanços nestas áreas desde suas instituições enquanto ciências, vêm sendo construído um movimento de revisão de seus paradigmas, rumo a novas práticas. A articulação das duas esferas parte do pressuposto de que o trabalho interdisciplinar, além de expandir as possibilidades de intervenção, torna viável a concepção integral de saúde preconizada pela OMS. Nesse sentido, a psicoterapia assistida por MDMA no tratamento de Transtorno de Estresse Pós-Traumático mostra-se de vital importância por ser um tratamento integrado, abrangendo psicofarmacologia e psicoterapia, considerando os benefícios para o paciente, descritos na literatura, da associação entre essas duas modalidades de intervenção.

### **2.1 Percursos da Psicologia**

Bock (2007) elucida que a Psicologia possui uma existência de longa data, já que seu grande marco referencial de instituição, enquanto campo específico na ciência, é o ano de 1875. Isto significa que as condições para a estruturação da Psicologia encontram-se no século XIX, momento histórico em que a burguesia possui sua ascensão enquanto classe social. Todas as mudanças decorrentes disto foram condições sociohistóricas para o estabelecimento da ciência moderna e, posteriormente, da Psicologia. A autora pontua características marcantes da ciência no século XIX: positivista, racionalista, mecanicista, associacionista, atomista e determinista. Destrinchando seus significados, temos que era positivista pois baseava-se no observável; racionalista por seu enfoque na razão como meio de desvelar as leis naturais; mecanicista por ter se baseado numa concepção de funcionamento regular, constante do mundo; associacionista por conceber que as ideias se organizam na mente de uma forma associativa que, por sua vez, possibilitaria conhecimentos, atomista por postular que o todo é o resultado da organização de partes e determinista pela visão do mundo enquanto um conjunto de

fenômenos que sempre são causados e que esta relação de causa e efeito poderia ser desvendada através da razão humana. A partir dessas noções, Wundt, em 1875, apresenta a Psicologia como uma ciência. Ele reconhecia os elementos básicos da consciência, mas se distinguiu do associacionismo por compreendê-la como um processo ativo na organização de seu conteúdo. Entendia o pensamento humano como produto da natureza, ao mesmo tempo que criador da vida mental, assim como o indivíduo enquanto criatura e criador, o que demonstra que, desde seu nascimento, a Psicologia já trazia consigo as contradições na apreensão do ser humano. Com o decorrer do tempo, surgiram diversas abordagens psicológicas buscando compreender o Homem e seu contato com o mundo real, tais como a Psicanálise, o Comportamentalismo e a Gestalt. No entanto, nenhuma delas conseguiu superar as óticas mecanicistas e deterministas presentes na ciência.

Para Gonçalves (2007), a Psicologia se constituiu enquanto ciência num momento histórico em que havia uma afirmação do ser humano enquanto sujeito. O modo de funcionamento do sistema capitalista implicou em transformações tanto socioeconômicas quanto em concepções de mundo e de Homem. Surgem, portanto, novas noções de subjetividade e de conhecimento. Em relação ao conhecimento, a ciência buscou como alicerce um método que tivesse a capacidade de resolução da relação entre o ser humano (sujeito que conhece) e o mundo externo a ele (objeto que deve ser conhecido e dominado). A noção de subjetividade e de sujeito que começa a ser produzida neste contexto reflete a relação entre o ser humano e o meio social. A autora elucida que as ideias e os conhecimentos produzidos pelo ser humano em determinado momento histórico são reflexos da realidade desse momento histórico. Essas ideias orientam as ações dos sujeitos e, por consequência, as modificam, ao passo que também são modificadas. É um processo relacional contínuo e dialético. O ser humano nos moldes do sistema capitalista, do liberalismo, é visto como um indivíduo livre, capaz de decidir qual lugar quer ocupar na sociedade e que participa da mesma através da produção ou do consumo de mercadorias. Essa afirmação do ser humano enquanto sujeito individual e livre, fruto da concepção burguesa, trilha então novos caminhos para a experiência da subjetividade que, neste momento histórico, se torna privada e universal.

São postas em pauta as questões de subjetividade e objetividade, na qual ambas são afirmadas enquanto relevantes, gerando assim contradições. Estas

refletem o momento histórico em que o capitalismo se encontrava, em que era necessário, para a manutenção da produção do sistema, tanto um sujeito com capacidade para a tomada de decisões individuais, quanto um que deveria obedecer a leis postas. “O século XIX é o século do apogeu e das primeiras crises do capitalismo. (...) é também o século da consolidação da experiência da subjetividade privatizada e, ao mesmo tempo, da crise dessa subjetividade” (GONÇALVES, 2007, p. 44). Desde o surgimento da Psicologia enquanto ciência, com Wundt, é possível perceber a existência de desafios postulados para uma área de conhecimento que tem como proposta ser objetiva no estudo da subjetividade. Desde então, há uma dificuldade da Psicologia na superação desses desafios, que se torna evidente no decorrer do tempo com o surgimento de abordagens teóricas tanto objetivistas quanto subjetivistas. Em ambos os vieses, há uma naturalização e uma separação dos aspectos objetivos e subjetivos, fazendo com que eles aparentem ser independentes um do outro. No caso de concepções objetivas, o produto final é uma subjetividade reduzida e desconsiderada de sua complexidade; já no de concepções subjetivas, tem-se uma subjetividade limitada por condições de uma realidade que impossibilita sua realização. Embora essas concepções teóricas trilhem caminhos diferentes, elas possuem em comum o fato de a subjetividade ser tratada como natural, como construída de maneira individual a partir do enfrentamento da realidade objetiva.

Gonçalves (2007) discute, portanto, tais dicotomias que permeiam a Psicologia. A partir de Vygotsky, com a Psicologia Socio Histórica, surgem na área pensamentos e métodos dialéticos, como uma alternativa crítica à separação entre objetividade e subjetividade. Concomitante a isto, a historicidade é tomada como um fator fundamental a ser considerado. A autora expressa que, para o materialismo histórico e dialético, o ser humano é social e histórico. Não existe um ser universal, que se realize de forma individual, o que existe são seres concretos, determinados pela realidade social e histórica e que, ao mesmo tempo, determinam esta realidade por meio da ação coletiva. Esta concepção representou, para a Psicologia, uma possibilidade de compreensão do sujeito e da subjetividade enquanto produções históricas, na relação dialética com a realidade. A Psicologia Sócio Histórica irá propor, então, que o fenômeno psicológico seja estudado como o resultado de um processo de construção social do indivíduo, em que o nível intersubjetivo (das relações) é convertido num nível intrasubjetivo no decorrer do seu desenvolvimento.

Isto significa compreender que a subjetividade é construída através das mediações sociais e que, dentre estas, a linguagem é a melhor representante da síntese entre objetividade e subjetividade, visto que os signos se constituem tanto como produtos sociais que apontam a realidade objetiva quanto construções subjetivas individuais que se dão, além da apropriação do significado social, pela atribuição de sentidos pessoais.

## 2.2 Psicologia e Fenômeno Psicológico

Bock, Furtado e Teixeira (1991) pontuam sobre a diversidade de objetos de estudo da Psicologia, o que leva ao questionamento da não-existência de uma só psicologia, mas sim de uma ciência psicológica em desenvolvimento. Um dos motivos para esta pluralidade de objetos tem como alicerce o fato desta área do conhecimento só ter se consolidado enquanto ciência no final do século XX; outro deve-se ao fato de que o Homem está inserido numa realidade histórica e social, o que impossibilita o estudo de um ser humano abstrato, visto que este se situa em um determinado momento sociohistórico, dando margem para inúmeras noções sociais que permitem várias concepções de Homem. Esta pluralidade de objetos justifica-se na medida em que, existindo uma diversidade de fenômenos psicológicos, torna-se inviável ter acesso a eles a partir do mesmo ponto, do mesmo nível de observação, tampouco podem ser sujeitos aos mesmos padrões de interpretação.

Embora haja as devidas questões, explanadas no parágrafo anterior, em relação à definição do objeto de estudo da Psicologia, os autores elucidam que a matéria-prima da Psicologia é a vida dos seres humanos; é a partir desse material que essa ciência construirá todo o seu saber. O que diferencia a Psicologia das demais áreas do conhecimento das ciências humanas é a particularidade de seu enfoque em relação ao seu objeto de estudo (o ser humano), ou seja, a forma como ela trabalha com sua matéria-prima, possibilitando então conhecimentos distintos e específicos. “Nossa matéria-prima, portanto, é a vida humana em todas as suas manifestações, sejam elas mentais, corporais ou no mundo externo. **Nosso objeto são os fenômenos psicológicos**” (BOCK; FURTADO, TEIXEIRA, 1991, p. 22, grifo dos autores). A Psicologia contribui então com o estudo dos fenômenos psicológicos.

Os fenômenos psicológicos são processos que ocorrem em nosso mundo interno e que se constroem no decorrer de toda a vida. São constantes e nos dão a possibilidade de pensar sobre o mundo, de sentir, de agir de várias maneiras, de nos adaptar à realidade e de transformá-la. Este mundo psicológico é construído internamente a partir de nossas relações sociais, nossas experiências no mundo e nossa formação biológica, se constituindo também como fonte de nossas manifestações nos níveis afetivo e comportamental. Esta construção se dá por intermédio da vivência da realidade, na qual o homem, relacionando-se socialmente, edifica essa realidade e é edificado por ela. É nesta relação que surgem os conteúdos de seu mundo interno, pois “criando e transformando o mundo (externo), o homem constrói e transforma a si próprio” (BOCK; FURTADO, TEIXEIRA, 1991, p. 22).

A maneira como o fenômeno psicológico será abordado decorrerá da concepção de ser humano adotada pelas diferentes linhas teóricas. É importante salientar que as teorias psicológicas mais disseminadas e que compõem o arcabouço teórico tradicional da Psicologia têm formulado um conhecimento fragmentado do ser humano. Subjacente a este impasse se encontra uma percepção liberal e individualista de homem, em que a atuação do psicólogo possui uma perspectiva fragmentada, descolada da realidade, em que se individualiza as questões humanas, isolando o homem de seu contexto (BOCK, 1997).

“As ideias ‘naturalizadoras’ do liberalismo serão responsáveis pela concepção de fenômeno psicológico que se tornará dominante na Psicologia” (BOCK, 2007, p. 20). O positivismo teve grande contribuição para a construção de uma psicologia que entendeu o fenômeno psicológico de forma descolada das questões sociais, aproximando-o de qualquer outro fenômeno natural. A autora desenvolve que, em quaisquer dos lados das dicotomias presentes nas abordagens psicológicas (interno versus externo; psíquico versus orgânico; objetividade versus subjetividade, natural versus social entre outras), o entendimento do fenômeno psicológico se dá de maneira incompleta, já que fica sempre faltando o outro lado. Estes aspectos em questão não podem mais ser enxergados como polos opostos. Para que haja um avanço na compreensão do fenômeno em questão, é necessário abandonar a visão abstrata que se tem adotado acerca dele. Comumente, ele é visto como um fenômeno abstrato, algo que é intrínseco a nós, portanto, sendo da natureza humana; dessa forma, naturaliza-se o fenômeno psicológico. A Psicologia Sócio Histórica não corrobora com

esta concepção, pois acredita que o fenômeno é algo que se desenvolve no decorrer do tempo. Bock (2007, p. 22) elucida que:

Assim, o fenômeno psicológico:

- não pertence à Natureza Humana;
- não é preexistente ao homem;
- reflete a condição social, econômica e cultural em que vivem os homens.

Portanto, para a Sócio Histórica, falar do fenômeno psicológico é obrigatoriamente falar da sociedade. Falar da subjetividade humana é falar da objetividade em que vivem os homens. A compreensão do “mundo interno” exige a compreensão do “mundo externo”, pois são dois aspectos de um mesmo movimento, de um processo no qual o homem atua e constrói/modifica o mundo e este, por sua vez, propicia os elementos para a constituição psicológica do homem.

O fenômeno psicológico deve ser compreendido como algo que se constrói no nível individual sim, mas a partir de um mundo simbólico que é social. Uma subjetividade que se forma na relação com o mundo. Diante de tais impasses expostos, é necessário que a Psicologia busque formas de superá-los, de ocupar o papel de uma ciência crítica, que enxerga o ser humano de forma integral, multideterminada. Bock (1997, p. 42) pontua alguns elementos importantes na construção de uma formação profissional crítica, de questões essenciais a serem repensadas na área:

É preciso uma formação em Psicologia colada à realidade social brasileira. Uma formação impregnada de realidade. [...] uma formação que integre numa leitura ampla as várias dimensões desta realidade.

[...] É preciso uma formação interdisciplinar em dois sentidos: primeiro que contemple várias áreas das ciências, fornecendo conhecimentos que possam enriquecer o conhecimento da Psicologia. Segundo, uma formação que prepare o profissional para o trabalho coletivo e parceiro com outros profissionais.

A autora expressa, portanto, a necessidade de um profissional comprometido com seu tempo, com sua sociedade, que busque trabalhar para a promoção de saúde. Um profissional que repense sua atuação e esteja aberto às mudanças. Um profissional que compreenda a importância do trabalho conjunto com outras áreas para potencializar suas possibilidades de intervenção.

### **2.3 Práticas psicológicas na esfera pública**

Tendo como base todo o contexto e concepções aludidas até o presente momento sobre a terapêutica e transformações no campo psicológico, é possível



compreender que, embora haja avanços na área desde sua instituição enquanto ciência, é de vital importância que a Psicologia reveja seus conceitos e rumo a novas práticas. Bock (1997, p. 41), já no final do século passado, elucidava essa necessidade:

Um psicólogo em movimento. Essa deve ser a nossa meta. Um psicólogo aliado da transformação social, do movimento da sociedade e dos interesses da maioria da população. Um psicólogo inquieto, conspirador, que saiba estranhar aquilo que na realidade se torna tão familiar que chega a ser pensado como natural. Um psicólogo em permanente metamorfose.

Para adentrar na discussão sobre o desenvolvimento da profissão no Brasil, especialmente no que se refere ao seu compromisso social, é necessário realizar uma breve explanação sobre o contexto e as condições sociohistóricas que se delinearam nesse dado momento e que influenciaram toda a trajetória da área. Yamamoto (2007) discorre que foi sob um cenário de efervescente mobilização social e crise política, que tempos depois culminaria em um regime ditatorial de 20 anos, que a profissão foi regulamentada no país. Nos primeiros anos da profissão, havia uma escassez tanto de profissionais registrados quanto de instâncias formadoras; a partir do segundo ciclo do regime ditatorial é que a questão das universidades é posta em questão, pela ótica da privatização. No entanto, a expansão universitária (e por consequência, da Psicologia) acontece em meio a um contexto de ideologia de segurança nacional, em um período de forte repressão. Em fevereiro de 1969 é instituído o Decreto-lei nº 477, que institucionalizava a repressão e o controle ideológico no interior das universidades (YAMAMOTO, OLIVEIRA, 2010), o que significou a suspensão das liberdades de expressão e de organização, ausentando o debate crítico desses espaços. Apesar de todo o contexto autoritário, Yamamoto (2007) traz à luz a hipótese de que a falta de debates mais intensos sobre os rumos da profissão dentro das universidades tinha menor relação com a imposição do regime em vigor e maior relação com a “incipiência da profissão” (p. 31).

Para Yamamoto e Oliveira (2010), embora não se possa traçar linearidades entre o cenário político em questão e o perfil profissional do psicólogo que se estabeleceu nos primeiros 20 anos da profissão, é essencial assumir as condições históricas como pressupostos que norteiam os fenômenos sociais. É possível perceber, portanto, que a realidade da profissão nesse dado momento era desestimulante, “(...) marcada pelo elitismo e pela escassa consideração das

demandas sociais” (p. 9). No ano de 1985, com a criação do periódico “Psicologia: Teoria e Pesquisa”, na Universidade de Brasília, tem-se um marco na área no que tange à politização e à inserção de forma mais significativa dos psicólogos no campo público do bem-estar social. Yamamoto (2007) elucida que, já no final dos anos 70 e início dos 80, começa a se configurar uma participação política mais ativa dos profissionais, dada à criação e à ocupação de sindicatos em diversos estados por frações mais combativas de psicólogos. É de grande importância o envolvimento dos psicólogos nos anos 80 no movimento da saúde, especialmente na luta antimanicomial e nas Conferências Nacionais de Saúde, pois acaba por definir algumas das condições para a inserção da categoria no âmbito público.

O autor destaca então que, nesse período, começa a se ter uma maior presença dos psicólogos na esfera pública, “(...) seja por contingências do mercado, seja por definições de ordem político-profissional” (p. 31). Para adentrar na temática da atuação da Psicologia no campo das políticas sociais, é necessário que seja ilustrado todo o alicerce e contexto para tal. Sendo assim, tem-se como ponto de partida o conceito de política social, que diz respeito às estratégias adotadas pelo Estado para resolver problemas sociais particularizados. Para que haja o devido entendimento delas, é preciso considerar as denominadas questões de fundo, que são os princípios que o Estado utiliza para justificar sua tomada de decisões no viés das políticas públicas. Para esta análise, faz-se necessário associar as políticas sociais à chamada questão social. De forma geral, a questão social envolve o conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos postos no processo de constituição do capitalismo. Se configura na manifestação da contradição capital-trabalho no cotidiano social.

O Estado assume a responsabilidade por essas questões políticas que surgem como resultado do processo produtivo do capitalismo. No entanto, sua intervenção se dá de forma contraditória: embora tais questões tenham raízes estruturais, sociais, são tratadas e combatidas de forma individual e fragmentada. As políticas sociais se manifestam, portanto, em setores. “E política, é sempre conveniente lembrar, é conflito, que nas formações sociais capitalistas, traduz-se na oposição entre os interesses da acumulação e as necessidades dos cidadãos.” (YAMAMOTO, 2007, p. 32). Tais políticas estão no centro desse conflito de interesses entre as classes sociais. Apesar deste conflito remeter aos limites de uma situação sem conciliação

concreta, é necessário arquitetar pontos de equilíbrio entre a acumulação e a privação sociais. Nesse sentido, a intervenção do psicólogo neste contexto se dará de forma a agir nas consequências da questão social, transmutada em políticas de Estado, como elucidadas anteriormente, individualizadas e fragmentadas. Os pontos de equilíbrio e as prioridades destas políticas dependerão da conjuntura política de cada momento sociohistórico.

Yamamoto e Oliveira (2010) discorrem que a base para o estabelecimento das políticas públicas sociais tem como guia intervenções estatais elitistas e populistas, que têm forte influência da relação que o Estado estabeleceu com a sociedade, marcada principalmente pela anulação das possibilidades de projetos sociais alternativos que pudessem expressar os interesses das classes subalternas (NETTO, 1990 apud YAMAMOTO, OLIVEIRA, 2010). Embora o período de transição do fim da ditadura militar tenha sido marcado por intensas mobilizações populares e, com a Constituição de 1988, surgiram então muitos avanços no que tange os direitos sociais, ainda existiam muitos rastros de conservadorismo e elitismo (YAMAMOTO, OLIVEIRA, 2014).

Yamamoto e Oliveira (2014) abordam sobre a relação entre o ajuste neoliberal e o desajuste social. O neoliberalismo se configura em um sistema econômico de novas propostas políticas, sendo assim uma expressão de uma atualização do liberalismo clássico, com concepções conservadoras e originárias do darwinismo social. Tendo como base todo o contexto social e político exposto anteriormente, se consolida uma crise econômica, que se configura em solo fértil para os ideais e a agenda neoliberais. A maneira como a política social é tratada, no neoliberalismo, é marcada por dois grandes aspectos: um retrocesso do investimento público no setor social e um processo de refuncionalização, expresso pela precarização e privatização dos serviços. Os autores discorrem que essa precarização se dá por meio da descentralização dos serviços, no qual se transfere a responsabilidade do Estado para os serviços locais, e na focalização, no qual se estabelece um crivo de discriminação referente à condição de pobreza para o acesso aos serviços sociais básicos. Já a privatização dos serviços, seja total ou parcial, se dá por meio da mercantilização, no qual se transforma serviços sociais em mercadorias aos consumidores, e da filantropização, no qual se transfere parte da responsabilidade do Estado em ofertar serviços sociais para a sociedade civil. É neste processo que o denominado terceiro

setor se estabelece e exerce um papel fundamental. A responsabilidade pelas consequências da questão social se desloca, então, do Estado para uma “parceria” com dois outros setores, segmentos: o mercado (expresso pela privatização) e a sociedade civil (expressa pelas ações voluntárias). O efeito deste processo é um atendimento fragmentado, com níveis de serviços ofertados diferenciados a depender da condição financeira do usuário. A sociedade civil não é mais representada pelos movimentos sociais populares, organizados nas décadas anteriores, mas sim por organizações não governamentais (ONGs) que geram um afastamento dos conflitos sociais de seu teor de politização.

É nas organizações do terceiro setor e no âmbito da saúde pública, majoritariamente, que tem início a introdução do psicólogo no âmbito do bem-estar social. Apesar da profissão ter se consolidado com forte presença do elitismo, um movimento de expansão (embora pequeno) dos serviços do psicólogo para camadas mais populares acontece progressivamente (YAMAMOTO, 2007). Dada uma predominância de atuação do psicólogo na esfera da saúde pública, faz-se necessário esboçar uma breve explanação sobre o processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas características principais para, então, se ter uma base para reflexões acerca das intervenções da profissão em relação às políticas públicas de saúde. Spink, Brigagão e Nascimento (2014) elucidam que o SUS é um modelo de sistema de saúde reconhecido internacionalmente, construído a partir de um processo de mobilizações populares, que envolveu diversos segmentos (tais como médicos sanitaristas, gestores, movimentos populares da saúde entre outros). A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi essencial nesse processo pois colocou como pauta a inclusão da saúde como um direito nos novos escritos constitucionais. Portanto, na Constituição de 1988, figuravam os preceitos básicos do SUS, que foram retomados na Lei Orgânica da Saúde, em 1990, e instrumentalizados através das Normas Complementares (NOBS) e de políticas específicas que orientam as práticas do sistema. Os princípios e diretrizes que guiam o SUS buscam “(...) viabilizar a atenção integral à saúde, possibilitar o acesso universal e garantir a equidade por meio da formulação de políticas setoriais nesse campo” (p. 66).

Destrinchando-os, temos três princípios (universalidade, integralidade e equidade) e quatro diretrizes (descentralização, regionalização, hierarquização e participação comunitária). Primeiramente, os princípios: tem-se estabelecida a

universalidade como o direito de todos os cidadãos de terem acesso à saúde, em todos os níveis de complexidade; já a integralidade, enquanto concepção, abrange vários sentidos, mas tem como alicerce fundamental a noção de que o sistema deve contemplar as diferentes dimensões do processo saúde-doença, oferecendo serviços que atuem em vários níveis de atenção à saúde (promoção, cura e reabilitação), e por fim a equidade visa às ações de promoção de saúde, levando em consideração as necessidades específicas dos grupos populacionais, tomando como base a discriminação positiva, que tem o pressuposto de oferecer mais a quem mais precisa. A Carta de Ottawa<sup>2</sup>, de 1986, já trazia à luz a necessidade da reorientação dos serviços de saúde, reiterando a importância de tais princípios, especialmente no que tange à integralidade, reforçando a ação comunitária e o trabalho multiprofissional. A promoção de saúde deve ser uma responsabilidade a ser compartilhada com todos, desde profissionais, instituições de saúde e comunidades até os governos. Deve-se investir, portanto, em uma perspectiva que rumo a uma mudança de ações e de organização dos serviços de saúde que considere todos os aspectos e necessidades do indivíduo, compreendendo-o como um todo.

Em relação às diretrizes: a descentralização inverte a lógica mais habitual de priorizar o nível federal e transfere o enfoque para a responsabilidade dos municípios na prestação direta dos serviços, no entanto, levando em consideração as diferenças regionais (tanto dos recursos quanto das necessidades), a organização é complementada pela segunda diretriz, a da regionalização, que regionaliza os serviços com vistas à integração das ações e das redes. Já a hierarquização objetiva estabelecer fluxos assistenciais entre os vários níveis de atenção à saúde. Por fim, a participação comunitária, que se estabelece através das conferências e conselhos de saúde, sendo provavelmente o fator mais relevante para a atuação do psicólogo no SUS.

As autoras destacam que as ações de cuidado à saúde possuem como pressupostos fundamentais a integralidade e a humanização como condições para a interdisciplinaridade, que é o sistema almejado quando se preza por ações conjuntas e concepções integrais de saúde. Citando Ruben Mattos (2001), elas discorrem que a integralidade tem sido abordada em três dimensões: como característica da prática

---

<sup>2</sup> Documento retirado da Biblioteca Virtual em Saúde, do Ministério da Saúde.

dos profissionais de saúde (1); como instrumento organizacional do modo de funcionamento das equipes e dos serviços (2), e como um dos elementos essenciais das políticas de saúde (3). Faz-se necessário adentrar brevemente nessas dimensões para, posteriormente, realizar um esboço sobre humanização e interdisciplinaridade e concluir com reflexões sobre a conexão entre todas estas concepções.

A primeira dimensão tem como histórico o fato de que a integralidade foi amplamente discutida nos anos 70-80. O enfoque do debate residia na crítica à atitude fragmentária e reducionista dos médicos e à concepção predominante sobre o processo de saúde-doença (essencialmente biológico, desconsiderando os aspectos psíquicos e sociais das pessoas). Esse debate ultrapassou as fronteiras da Medicina e envolveu as práticas de saúde de forma geral, trazendo como pauta a necessidade de humanização dos cuidados à saúde (questão que será abordada de forma aprofundada mais adiante). Tendo isto como ponto de partida, consolidou-se que a postura e a relação dos profissionais com os usuários deveriam perpassar a ótica da integralidade, o que implica compreender estes enquanto pessoas que têm corpos, sentimentos, histórias de vida, além de estarem inseridos dentro de determinados contextos sociais. É preciso, portanto, de práticas de cuidado ampliadas, que consigam ir além das ações direcionadas apenas para a eliminação de sintomas e queixas, que envolvam a promoção de saúde. A segunda dimensão surge como um modo de organização do processo de trabalho nos serviços de saúde, que busca ampliar a compreensão e a apreensão das necessidades de saúde da população. Isto implica em, necessariamente, haver diálogo entre gestores e usuários, o que nem sempre flui de maneira fácil, já que historicamente se tem uma organização vertical dos serviços e uma dificuldade de abertura para outras demandas que surgem durante o curso do cuidar. É essencial compreender que a integralidade, nesse sentido, só se efetivará de maneira plena quando formos capazes de entender quais são as necessidades dos usuários, tomá-las de fato como prioridades do serviço e buscar maneiras de efetivá-las na realidade. Por fim, a terceira dimensão emerge com a noção de que, para que se reconheça a diversidade existente na população brasileira, é necessário que se formulem políticas específicas. É preciso que as políticas de saúde tenham um foco ampliado e contemplem as demandas específicas de diversos grupos. Vale ressaltar a importância dos profissionais de saúde, incluindo psicólogos, de colaborarem nesse processo de formulação de políticas específicas, seja atuando

nos conselhos e conferências de saúde, na construção de pautas para solução de problemas específicos ou produzindo conhecimentos, através de pesquisas, que subsidiem a criação de políticas públicas. “(...) o SUS e muitas das políticas de saúde que temos hoje são resultado da participação ativa de profissionais de saúde, de militantes de movimentos sociais, de usuários e seus familiares” (SPINK; BRIGAGÃO; NASCIMENTO, 2014, p. 55).

Em relação à necessidade de humanização nas práticas do âmbito da saúde, tem-se um debate que já acontece há um bom tempo. As autoras, citando Sueli Deslandes (2006), elucidam que desde meados dos anos 70 havia um vasto debate, nos Estados Unidos, acerca da humanização em saúde. Dado o fato de que muitas práticas na área da saúde se orientam por concepções que priorizam o biológico, buscando apenas a eliminação de sintomas e doenças, tem-se como consequência um efeito desumanizador das pessoas. As autoras em questão citam como exemplo disto a sensação de despersonalização experienciada por pessoas que ficam internadas em instituições de saúde. Abordar humanização em saúde significa colocar o ser humano como central em quaisquer ações de saúde, incluindo as políticas públicas. O objetivo é a realização de um cuidado que envolva os usuários e suas famílias, as equipes de saúde e os modos de organização/múltiplas relações estabelecidas no processo de produção da saúde. Embora a humanização das práticas de saúde tenha surgido como uma prolongação do princípio de integralidade, em 2003 foi elaborada e aprovada a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão na Saúde. Esta política tem teor transversal porque percorre todas as políticas e programas de saúde, com o objetivo de trazer para a prática os princípios do SUS e contribuir para a mutação dos modelos tradicionais de gestão e atenção à saúde.

A proposta de reorganizar e repensar a atenção à saúde, tendo como pressuposto a integralidade, significa compreender a saúde como um fenômeno complexo que envolve vários fatores. Dentro da concretude das práticas neste âmbito, é necessário que as ações se deem de maneira interdisciplinar. Pensar a saúde a partir de uma noção ampliada significa trabalhar com equipes interdisciplinares. As autoras, citando Almeida Filho (2007), pontuam que o trabalho interdisciplinar acontece de modo a realizar um trabalho integrado; com maior articulação entre os

saberes; com trocas entre os sujeitos, com maior horizontalidade e menor hierarquização entre os profissionais.

O trabalho interdisciplinar requer a revisão do modelo tradicional de formação profissional e gestão, que traz consigo práticas mais verticais do que horizontais, indo na contramão do que é preconizado pelo princípio da integralidade. A interdisciplinaridade requer uma abertura de diálogo com outros campos do conhecimento e uma atuação que expanda as possibilidades de intervenção, a partir de recursos teóricos e metodológicos que possam ser partilhados com a equipe, para a elaboração de ações conjuntas. Um exemplo disto é a formação de equipes de referência e de apoio matricial. Dentro do contexto de trabalho interdisciplinar, matriciar significa compartilhar práticas, ter uma atuação em rede. Tem-se como base a concepção de clínica ampliada que considera que nenhum especialista, de maneira isolada, pode tornar possível uma abordagem integral (CAMPOS, DOMITTI, 2007 apud SPINK; BRIGAGÃO; NASCIMENTO, 2014). Estabelece-se, portanto, uma busca para a construção de um trabalho integrado na área da saúde, que tornará viável a integralidade. No ano de 1997, o Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução n. 218, denominada “Regulamentação das profissões de saúde”, reconheceu 13 profissões como sendo profissionais de saúde, incluindo a Psicologia. Esta ação de reconhecimento se deu por meio da importância da ação interdisciplinar no cenário da saúde e por considerar que, dessa maneira, seria possível avançar na adoção de uma noção de saúde baseada na integralidade. Confluindo com isto, a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS), formulada em 2003, deu aval para o reconhecimento da interdisciplinaridade, integrando à Câmara representantes dos conselhos profissionais das 13 categorias em questão, acrescentando a Radiologia neste processo.

Diante de todas as explanações realizadas até o presente momento sobre o processo histórico de construção do SUS e suas características principais, pode-se compreender que diversos fatores contribuíram para que os serviços de saúde se tornassem opções de trabalho plausíveis para o psicólogo. O próprio ajuste do conceito de saúde, que passou a abarcar aspectos sociais e subjetivos, abriu caminho para a atuação de caráter psicológico. Apesar da profissão já se fazer muito presente em hospitais no momento de surgimento do SUS, a priorização da Atenção Básica e a definição da Estratégia de Saúde da Família como cerne da atenção à saúde, foram



de extrema importância para a abertura ao olhar psicológico (SPINK; BRIGAGÃO; NASCIMENTO, 2014). As referidas autoras discorrem que a inserção do psicólogo no SUS propicia um olhar psicossocial para o processo saúde-doença, além de trazer desafios para a própria Psicologia, como a necessidade de repensar e reinventar suas práticas tradicionais (que foram pautadas por noções psicologizantes e reducionistas) e a expansão do diálogo com outras áreas.

Tendo como sustentáculo todo o contexto geral esboçado sobre o psicólogo e o SUS, podemos avançar então para as reflexões sobre Psicologia e saúde mental neste campo, especificamente. Para tal, faz-se necessário abordar os caminhos percorridos pela Reforma Psiquiátrica e Sanitária no Brasil. Dimenstein (2014) elucida que este movimento aconteceu no país a partir de meados dos anos 70, num contexto de grandes críticas ao modelo médico hegemônico da época, que era “(...) assistencial privatista-curativista, orientado em termos de lucratividade e excludente de grandes parcelas da população” (p. 77). Para que haja boa compreensão acerca das concepções preconizadas pelo dado movimento, é essencial entender, em linhas gerais, o contexto antecedente a isto.

Dimenstein (2014), citando Foucault (1978), assinala que o deslocamento do louco do convívio social para o confinamento representou um grande marco na forma como a sociedade passou a enxergar a loucura. Se na Renascença a loucura era atrelada às transcendências da imaginação, a partir da Era Clássica ela passa a ser associada à insensatez. A autora desenvolve que é nesta conjuntura que o hospital passa a ser um depositário para onde as pessoas desviantes de toda ordem são encaminhadas e confinadas. Este local passa a ter uma função de higienização social e urbana. Cria-se uma associação entre loucura e periculosidade e, desta forma, os loucos passam a ser direcionados para instituições em que são isolados do restante da sociedade. Essas estruturas hospitalares permaneceram ativas até 1793, final do século XVIII, e é com o surgimento da Psiquiatria que se iniciam questionamentos acerca da finalidade terapêutica delas. Com o advento do modelo asilar no início do século XIX, com Pinel, ocorre uma mudança na concepção da loucura: ela passa a ser vislumbrada como uma categoria de doença mental. Neste contexto, a Psiquiatria se estabeleceu através de diversas ferramentas, que vão desde a construção de manicômios até a produção de discursos e práticas que sujeitaram o louco ao controle e poder psiquiátricos desde então. O asilo passou a ser um elemento de vital

importância no processo de cura por meio do princípio terapêutico do isolamento. Apenas pós Segunda Guerra Mundial, em meados dos anos 40, começam a surgir críticas em relação aos manicômios questionando sua função; a partir desse período pôde-se observar algumas iniciativas de mudanças nestas instituições a nível global, conhecidas como Reformas Psiquiátricas. Apesar das distinções que havia entre elas a depender do país, possuíam enquanto semelhanças “(...) a recusa à violência, à privação de liberdade, ao desrespeito aos direitos humanos” (DIMENSTEIN, 2014, p. 77). No Brasil, ainda nos anos 1940, surgiram relevantes movimentos no viés da desospitalização psiquiátrica e da mudança da assistência, como o que foi liderado pela reformista Nise da Silveira no Centro Psiquiátrico Nacional do Engenho de Dentro (RJ). No entanto, é a partir dos anos 70 que se estabelecem iniciativas mais articuladas, como o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), que denunciaram o predominante modelo de assistência psiquiátrica (com enfoque no hospital, no enclausuramento, e com práticas violentas e desumanizadas) e que abriram caminhos para as grandes transformações que aconteceriam nas décadas seguintes: Reforma Sanitária e instauração do SUS.

É a partir do contexto elucidado, marcado por fortes críticas e mudanças, que a Reforma Psiquiátrica surge no Brasil, juntamente com a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). O projeto político-social da Reforma nasce articulado com o SUS, compartilhando então de seus princípios e diretrizes. A PNSM está resguardada na Lei n. 10.216/2001, que delibera sobre os direitos e a proteção das pessoas com transtornos mentais e traz novas direções para o modelo assistencial em saúde mental. Tem sido criado dispositivos que objetivam a substituição dos hospitais psiquiátricos e manicômios, da mesma forma em que estão sendo desconstruídos saberes e práticas referentes a eles. O posicionamento dessa política é contra o enclausuramento social, tendo como enfoque a reinserção social do sujeito.

De acordo com a autora, atualmente a rede de atenção à saúde mental é composta por Centros de atenção psicossocial (CAPS I, II, III, ad e i)<sup>3</sup>; Serviços

---

<sup>3</sup> CAPS I: Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais. Indicado para municípios com população acima de 15 mil habitantes.

residenciais terapêuticos; Centros de convivência e cultura; Casas de acolhimento transitório; Leitos de atenção integral em hospitais gerais e de emergência; por ações na atenção primária por intermédio dos Núcleos de apoio à saúde da família (Nasf), assim como por programas como o De volta para a casa e ações como o Consultório de rua, com a Estratégia de redução de danos. A PNSM, enquanto uma política pública de viés comunitário e territorial (semelhante a países como Espanha, Portugal e Itália), tem como objetivo, por meio da coordenação, colaboração e complementariedade dos recursos sanitários e sociais, desenvolver serviços que contemplem as necessidades das pessoas que possuem transtornos mentais, com enfoque na reabilitação psicossocial. Procura-se evitar o processo de declínio das capacidades e do funcionamento social destas pessoas, que aumentam a possibilidade de situações de abandono e exclusão, e potencializar as condições de autonomia e participação na comunidade. O movimento de Reforma Psiquiátrica e a PNSM, no decorrer de mais de 30 anos, têm sido um grande instrumento para a problematização tanto dos modelos tradicionais de assistência da Psiquiatria quanto das maneiras hegemônicas de socialização e convívio com as diferenças nos tempos atuais.

Embora haja muitos avanços no que tange à Reforma e seus efeitos na assistência à saúde mental no país, Dimenstein (2014, pp 84-85) esboça que “(...) muitos são os problemas enfrentados em termos de abrangência, acessibilidade, diversificação das ações, qualificação do cuidado e sustentabilidade das ações nos planos jurídico e financeiro”. Não se deve perder de vista que estas dificuldades têm forte relação com a crise das políticas de bem-estar social e com o progresso da concepção privatista em nível mundial; com os obstáculos estruturais de financiamento da saúde pública; com as problemáticas históricas referentes à

---

CAPS II: Possui o mesmo atendimento do I, no entanto, é indicado para municípios com população acima de 70 mil habitantes.

CAPS III: Possui o mesmo atendimento dos anteriores, mas com a especificidade de serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo finais de semana e feriados. Indicado para municípios com população acima de 150 mil habitantes.

CAPS ad: Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para municípios com população acima de 70 mil habitantes.

CAPSi: Atende apenas crianças e adolescentes. Indicado para municípios com população acima de 70 mil habitantes. Informações retiradas do PDF do manual do Ministério da Saúde intitulado “Centros de Atenção Psicossocial e unidades de acolhimento como lugares da Atenção Psicossocial nos Territórios”.

economia e política do país; com a despolitização dos movimentos sociais; com a precarização dos vínculos de trabalho tanto no âmbito público quanto no privado; com complexos problemas vivenciados nas grandes metrópoles, que implicam em diferenças de atuação; com o corporativismo da ala médica, e com a evolução da psiquiatria biomédica. Estes fatores se estabelecem como grandes entraves para a produção de um sistema intersetorial e integrado. As problemáticas citadas são utilizadas pelos movimentos antirreforma como forma de questionamento à eficácia do modelo de atenção à saúde mental extra-hospitalar, no entanto, apesar da existência delas, a autora afirma que os princípios e diretrizes que organizam tanto a atenção primária quanto a estratégia de atenção psicossocial têm capacidade de possibilitar mudanças efetivas na área da saúde. Ambas as estratégias citadas possuem como alicerce a multiprofissionalidade e o trabalho territorial e em rede. As equipes de referência que se responsabilizam por elas envolvem profissionais que trabalham a partir de uma concepção ampliada de clínica, que não se restringe apenas aos fatores biomédicos, optando pela articulação de diversos saberes para a construção de práticas integradas.

É a partir dos rumos tomados pelo movimento de Reforma Psiquiátrica e Sanitária, a partir dos anos 70, que se inicia a inserção do psicólogo na esfera pública no que tange à saúde mental. Dimenstein (2014) discorre que o psicólogo passou a ser considerado um profissional capaz de contribuir e fortalecer a promoção da saúde mental, na medida em que possuía arsenal teórico e prático para identificar e abordar contextos considerados como facilitadores de transtornos mentais. Portanto, ele poderia se antecipar e intervir precocemente nos fatores concebidos como insalubres à saúde mental (tudo isto nos moldes hegemônicos da Psiquiatria Preventiva norte-americana da referida época). A presença do psicólogo na área em questão intensificou-se a partir dos anos 80, período marcado por políticas públicas de saúde que davam prioridade à instauração de equipes multiprofissionais. A autora ainda esboça que o psicólogo foi um dos profissionais que mais se beneficiou com esse movimento, chegando a ser uma das categorias profissionais que mais teve contratações no decorrer das últimas décadas.

Concomitante a este momento de reconfiguração das práticas em saúde mental no âmbito da saúde pública, a Psicologia vinha sendo alvo de críticas em relação a sua atuação, no sentido de que o trabalho clínico tradicional do psicólogo não

abarcava um grande significado e impacto social, pois era habitualmente concebido como uma atividade destinada a uma pequena parcela da população que possuía condições financeiras para tal. A psicologia clínica, enquanto uma das principais fontes da Psicologia, reflete isto. Pesquisas realizadas por Lo Bianco et al. (1994) acerca das concepções e tendências em Psicologia Clínica demonstraram a necessidade de se repensar a atuação clínica, com vistas a transformá-la. Algumas das constatações deste estudo referem-se à importância de o ensino da clínica ser feito de maneira contextualizada; à concepção de fenômeno psicológico se deslocar de um plano individual para um plano integrativo, multideterminado, e à mudança de uma intervenção de ação isolada, de apenas um campo de conhecimento, para uma ação que envolva multidisciplinaridade e equipes multiprofissionais.

Como a Psicologia, até então, não era capaz de responder de forma satisfatória às questões sociais, foi perdendo seu caráter social, o que culminou na busca dos profissionais por novas formas de inserção no mercado de trabalho. “Não por acaso, fortes investimentos no campo da saúde pública foram operados pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) nas últimas décadas, o que forçou a construção de uma identidade profissional atrelada à saúde” (DIMENSTEIN, 2014, p. 93). Há, no mínimo, 20 anos pode-se observar movimentos desta classe em construir um novo lugar social para a Psicologia e em expandir a sua presença na esfera das políticas públicas e do exercício das práticas sociais.

No entanto, para além de reajustar as formas e lugares de atuação, é essencial que se repense a concepção de funcionamento do trabalho do psicólogo, para que de fato haja a produção de novas maneiras de atuar condizentes com os princípios e diretrizes do SUS e da Estratégia de Atenção Psicossocial. A autora, citando o filósofo alemão Mosés (2005), pontua que para enfrentar as problemáticas que emergem no contexto anteriormente elucidado, de reconfiguração de práticas e saberes, é necessário acontecer uma “transvaloração dos valores” (p. 96). Isto significa que a Psicologia deve ter a capacidade de analisar a própria cultura, questionar os valores e fundamentos postos, romper com a repetição dos hábitos, costumes e preconceitos do cotidiano, vislumbrando e propondo novas formas de se relacionar com o outro. Trata-se de uma Psicologia que está sempre alerta aos efeitos de suas práticas e saberes, que analisa o que está sendo realizado.

A autora afirma que este processo de transvalorar os valores, tão essencial à Psicologia enquanto ciência e profissão, vem sendo construído no cotidiano, nos encontros, através de reflexões e ações. Pelo local de relevância que as políticas de saúde mental ocupam na saúde pública do país, é urgente a necessidade de investimento tanto no nível da formação e capacitação do psicólogo quanto na gestão e avaliação das práticas de trabalho. É necessário que sejam formuladas linhas diferenciadas de ação do psicólogo no que se refere às políticas públicas de saúde; uma delas envolve as experiências no âmbito de formação de saúde, como por exemplo as Residências Multiprofissionais em Saúde e os Programas de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET), que podem englobar especificamente a saúde mental. Estes programas, assim como estágios de psicologia voltados à rede de atenção primária e de saúde mental, se destacam como instrumentos que propiciam o aprimoramento do trabalho no SUS, capacitando os profissionais a desenvolverem práticas condizentes com os princípios e diretrizes deste Sistema. A qualidade do trabalho do psicólogo neste domínio não se restringe apenas aos aspectos técnicos, mas envolve, sobretudo, os efeitos éticos, políticos e sociais de sua intervenção. “(...) o diferencial do trabalho no SUS está nessa constante experimentação da criação de si, o aprender na ação e no contato com a diversidade de problemáticas e de formas de vida” (DIMENSTEIN, 2014, p. 114).

#### **2.4 Concepções teóricas e evoluções da terapêutica do campo psiquiátrico**

Gama (2012), citando um documento de 2006 da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), sobre diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil, aponta:

Os conhecimentos alcançados pela Engenharia Genética e pela Biologia Molecular vem confirmando a importância das bases biológicas das doenças psiquiátricas e juntamente com a obtenção de imagens funcionais e estruturais do cérebro in vivo, vem proporcionando conhecimento cada vez maior do cérebro e desvendando segredos que resultarão em benefícios para os pacientes. (ABP, 2006, p. 7 apud GAMA, 2012, p. 1406)

Tendo como base este excerto, no qual é possível reconhecer algumas noções entre cérebro e psiquismo, adentraremos em concepções da prática psiquiátrica. Gama (2012) defende que o princípio exposto possui problemáticas que precisam ser

evidenciadas, “(...) pois, caso contrário, correremos o risco de começarmos a fazer afirmações ideológicas, chamando-as inapropriadamente de científicas” (p.1406). A maior delas se encontra no ponto de vista subjacente a ele, que diz respeito a considerar pertinente para a Psiquiatria apenas estudos que se situem nos campos da neuroimagem, biologia molecular e genética, dispensando a relevância de abordagens discursivas do sofrimento mental. “Esse é um princípio propriamente fisicalista e reducionista, que defende que a única teoria psiquiátrica válida é aquela que descreve as patologias mentais como alterações cerebrais” (GAMA, 2012, p. 1407). Estabelece-se um foco exclusivo no cérebro, enquanto uma essência que explicaria qualquer evento mental, seja ele considerado normal ou patológico. Nesta concepção está implícita a não-importância dada aos outros tipos de apropriação do sofrimento mental, como as abordagens psicológicas, sociológicas e afins que são baseadas em discursos, narrativas, atribuindo-se, então, uma supremacia das descrições de nível orgânico, biológico, físico. Esta forma de conceber as doenças mentais é caracterizada pela procura de explicações de causa e efeito através da descrição de mudanças neuronais. Gama (2012), citando Serpa Jr (1998); Brendel (2006), Ghaemi (2003) e Ramberg (2008), como autores que se posicionam contra esta abordagem, pontua que se trata de “um materialismo ontológico e reducionista” (p. 1407).

Este materialismo ontológico e reducionista da Psiquiatria evidencia o pressuposto de que a mente pode ser reduzida ao cérebro, pois este seria o único que, de fato, possibilitaria o entendimento dos fenômenos mentais. As abordagens discursivas do psiquismo seriam subalternas, dado que a chave mestra da questão estaria no constituinte orgânico do comportamento. Gama (2012), citando Brendel (2006), pondera que faltam eventos cerebrais delimitados correspondentes para pensamentos e sentimentos, como o prazer, a dor, a angústia, a depressão entre outros. Mesmo que seja possível enxergar áreas cerebrais ativadas a partir de determinada cognição ou emoção, não se pode afirmar que a causa delas seja sempre cerebral, mas que os eventos cerebrais acontecem de forma concomitante a elas. Citando também Kirmayer e Gold (2012), relata que geralmente as emoções, sentimentos e pensamentos surgem de forma contextual e relacional, ou seja, acontecem na relação da pessoa com seu meio, tendo influência da sua história de vida. “Com isso podemos dizer que o cérebro é necessário e concomitante ao evento,

mas não que ele explica ou causa o evento” (GAMA, 2012, p. 1408). Se o foco do entendimento dos fenômenos mentais estiver exclusivamente atrelado à descrição neuronal, perde-se toda a estrutura relacional e contextual deles. Essa perda implicaria em uma Psiquiatria descolada da realidade, que se abstém de características humanizadas na medida em que reduz a pessoa ao seu cérebro. A melhor forma de entendimento dos fenômenos mentais é considerando os sistemas que envolvem cérebro, linguagem e sociedade. Cada sistema com seu funcionamento e complexidade específicos, com uma recíproca influência entre si (KIRMAYER; GOLD, 2012; FUCHS, 2012, SERPA JR, 2011 apud GAMA, 2012). Essa forma de estudo dos fenômenos mentais se mostra muito mais coerente, na medida em que leva em consideração todos os níveis de complexidade envolvidos e suas interações entre si. “As dimensões genéticas e neuronais produzem a abertura para o simbólico e o social. Cada sistema opera num nível ontológico próprio (...) e cada sistema afeta o outro em algum nível de profundidade” (GAMA, 2012, p.1409). Podemos tomar os processos da Epigenética como um exemplo claro desta inter-relação, em que fatores socioculturais de vulnerabilidade alteram a expressão dos genes da próxima geração. “Existem evidências científicas mostrando que hábitos da vida e o ambiente social em que uma pessoa está inserida podem modificar o funcionamento de seus genes” (FANTAPPIÉ, 2013, p. 1).

Todo processo de adoecimento, resguardando suas especificidades, envolve aspectos biológicos e psicossociais, demonstrando que existe uma inter-relação entre eles. O autor exemplifica isso quando aborda os transtornos depressivos. A maioria dos quadros depressivos é impulsionada por uma perda, seja ela concreta ou simbólica, e é o sentido que a pessoa atribui a ela que influenciará seu estado de adoecimento. Sua história de vida, seus símbolos e suas relações serão determinantes para o desenvolvimento da patologia e de seu tratamento. Ele acrescenta:

Não é a alteração no nível dos neurotransmissores que disparou o quadro. Entretanto, o efeito simbólico produzirá alterações nas redes sinápticas, que estarão envolvidos nos sintomas clínicos observados da depressão. Mas, é importante notar, mesmo nos casos onde os fatores neurobiológicos estejam primariamente envolvidos, por exemplo, na esquizofrenia, os efeitos subjetivos, relacionais e sociais da doença poderão agravar ou aliviar o sofrimento e influenciará os aspectos clínicos e terapêuticos (FUCHS, 2012; KIRMAYER; GOLD, 2012) (GAMA, 2012, p.1410).



A abordagem não-reducionista considera a importância de estudos neurobiológicos, mas não exclui a relevância das interpretações discursivas, da descrição do sofrimento mental em termos psicológicos. Uma coisa não se opõe a outra. A própria concepção de saúde, proposta pela OMS em 1946, postulada como um estado de bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença, já revela que fatores biológicos, psíquicos e sociais são indissociáveis (COELHO; ZANETTI; LOTUFO NETO, 2005).

Coelho, Zanetti e Lotufo Neto (2005), ao realizarem estudos sobre uma análise crítica da residência em Psiquiatria no Brasil, expressam que o ensino de um modelo de tratamento integrado, envolvendo psicofarmacologia e psicoterapia, é de vital importância dado que considera os benefícios, descritos na literatura, da associação entre essas duas modalidades de intervenção, trazendo só benefícios para o paciente. Os autores pontuam que, embora haja muitos avanços na área da Genética e da Psicofarmacologia, que beneficiam o estudo das doenças mentais, ainda há muitas incógnitas entre a relação de reações químicas e os processos mentais. “A separação artificial dos fatores psicológicos e sociais tem constituído tremendo obstáculo a uma verdadeira compreensão dos transtornos mentais e de comportamento” (p.15). Posto isso, o capítulo a seguir discorrerá sobre os ensaios clínicos de um modelo de tratamento que busca realizar uma intervenção integrada entre o nível mental e o orgânico.

### **3 PSICOTERAPIA ASSISTIDA POR MDMA NO TRATAMENTO DE TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO**

Mithoefer et al. (2011) discorrem que psiquiatras administravam 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA) como catalisador para a psicoterapia, antes que o uso recreativo de ecstasy fosse criminalizado em 1985. Desde então, o estudo em questão (que será aprofundado neste tópico) foi o primeiro ensaio clínico completo que avaliou MDMA enquanto um adjuvante terapêutico. Vinte pacientes com Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) crônico, resistentes à psicoterapia e psicofarmacologia, foram designados de maneira aleatória para psicoterapia com droga ativa (n = 12) ou placebo inativo (n = 8), administrado durante duas sessões de

psicoterapia experimental de oito horas. Houve psicoterapia preparatória e de acompanhamento (não-farmacológicas) para ambos os grupos. O desfecho primário utilizou da Escala de TEPT aplicada clinicamente (*Clinician Administered PTSD Scale* ou CAPS) que foi administrada no início; quatro dias após cada sessão experimental, e dois meses após a segunda sessão. Foram realizados também testes neurocognitivos, aferição da pressão arterial e monitoramento da temperatura. Desde o início, houve uma diminuição significativamente maior dos escores da Escala de TEPT no grupo que recebeu MDMA do que no grupo placebo, em todos os três momentos. A taxa de resposta clínica foi de 10/12 (83%) no grupo de tratamento ativo com MDMA versus 2/8 (25%) no grupo de placebo. Não ocorreram eventos adversos sérios relacionados ao psicoativo, demonstrando que esta psicoterapia pode ser realizada com pacientes de TEPT sem evidências de danos, podendo ser de grande utilidade para pacientes resistentes a outros tratamentos. Mais adiante, os resultados deste estudo serão especificamente abordados.

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é um transtorno de ansiedade debilitante caracterizado por sintomas de intrusão, reexperimentação, hiperestimulação e evitação, que envolve um impacto funcional na vida do indivíduo e se constitui em um grande problema de saúde pública mundial. A alta incidência do transtorno e a eficácia limitada dos tratamentos existentes apontam para uma necessidade urgente de desenvolvimento de novos tratamentos. O TEPT é comumente uma doença crônica associada a índices elevados de comorbidade psiquiátrica e médica, incapacidade, sofrimento, abuso de drogas e suicídio (BRESLAU, DAVIS, 1992; KESSLER ET AL., 2005; BRESLAU, 2001; COHEN ET AL., 2009; FRAYNE ET AL., 2004; KESSLER ET AL., 2005, PERKONIGG ET AL., 2000 apud MITHOEFER ET AL., 2011). Os tratamentos existentes envolvem farmacoterapia e psicoterapias. Apesar de existirem várias drogas que tratem os sintomas de TEPT, elas possuem uma eficácia limitada. Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), Sertralina e Paroxetina, são os remédios aprovados pela *Food and Drug Administration* (FDA) para o tratamento desta condição (BRADY ET AL., 2000, MARSHALL ET AL., 2001 apud MITHOEFER ET AL., 2011). Em relação à psicoterapia, as abordagens de tratamento mais conhecidas para o TEPT são terapia cognitiva comportamental, dessensibilização e reprocessamento dos movimentos oculares (EMDR) e psicoterapia psicodinâmica (FOA ET AL., 2009;

URSANO ET AL., 2004 apud MITHOEFER ET AL., 2011). Uma metanálise de estudos de comparação de psicoterapias concluiu que não existe diferença significativa estatisticamente no tamanho do efeito entre os grupos (BENISH ET AL., 2008 apud MITHOEFER ET AL., 2011). De acordo com os estudos de Foa et al. (2009), Davis et al. (2006) e Rothbaum et al. (2006), mencionados por Mithoefer et al. (2011), evidências indicam que as terapias existentes para o TEPT são ineficazes em entre 25% e 50% dos pacientes que se inscrevem em testes clínicos. Desta forma, faz-se necessário um tratamento que consiga diminuir as taxas de falha dos tratamentos já existentes.

O MDMA foi patenteado em 1914, pela empresa química e farmacêutica alemã Merck KGaA, como um composto intermediário na síntese de outras drogas (BENZENHOEFER, PASSIE, 2006, FREUDENMANN ET AL., 2006 apud MITHOEFER ET AL., 2011). Antes do MDMA ser classificado nos EUA como uma substância controlada pelo *Schedule I*, em 1985, vários psiquiatras e terapeutas nos EUA e na Europa utilizaram o psicoativo como um adjuvante da psicoterapia. Relatou-se que o MDMA diminui o sentimento de medo, concomitante à manutenção de um estado de consciência alerta e claro (GREER, TOLBERT, 1998 apud MITHOEFER ET AL., 2011). Ensaio clínicos de Fase 1, realizados por Cami et al. (2000); Harris et al. (2002); Kolbrich et al. (2008); Liechti et al. (2001), Tancer e Johanson (2001) e Vollenweider et al. (1998) apud Mithoefer et al. (2011) demonstraram que o MDMA pode ser administrado sem evidência de dano a indivíduos pré-selecionados e que induz uma experiência de duas a quatro horas caracterizada por euforia, elevação do bem-estar, sociabilidade, autoconfiança e extroversão. Para testar o potencial terapêutico do uso clínico de MDMA, Mithoefer et al. (2011) realizaram um ensaio clínico piloto de Fase 2<sup>4</sup>. A diminuição da resposta ao medo, induzida pela administração de MDMA, pode ser de grande valia para o tratamento do TEPT, já que

---

<sup>4</sup> Pesquisas sobre drogas envolvem ensaios clínicos randomizados em diferentes fases, sendo realizadas basicamente em três.

Fase 1: embora não seja um ensaio clínico, esses estudos são referidos como de fase 1. Buscam determinar até que dose um medicamento pode ser administrado antes de acontecer toxicidade.

Fase 2: buscam avaliar se um medicamento tem atividade biológica e determinar sua segurança e tolerabilidade.

Fase 3: são ensaios clínicos randomizados que buscam avaliar a eficácia e a segurança de uma intervenção.

Informações retiradas da pesquisa: OLIVEIRA, Marco Aurélio Pinho de; PARENTE, Raphael Câmara Medeiros. Entendendo Ensaio Clínicos Randomizados. **Brazilian Journal Of Videoendoscopic Surgery**. Rio de Janeiro, p. 176-180. jul. 2010.

este transtorno envolve respostas de medo exorbitantes e descontroladas. Diversas psicoterapias para esta condição envolvem indução e extinção dessas respostas, revisitando experiências traumáticas; porém, o tratamento pode ser ineficaz quando os pacientes se mostram incapazes de tolerar sentimentos associados a visitar o trauma, ou quando o entorpecimento emocional durante a exposição a memórias traumáticas impede um nível de engajamento necessário para a extinção (JAYCOX, FOA, 1999 apud MITHOEFER ET AL., 2011). Portanto, se uma droga pudesse reduzir temporariamente o medo e aumentar a confiança interpessoal, sem anuviar os sentidos ou impedir o acesso às emoções, ela poderia se configurar em um catalisador eficaz para a psicoterapia do TEPT. Sargent et al. (1972), citado por Mithoefer et al. (2011), pontuam que o uso de drogas, como catalisadores de psicoterapia, é um debate que existe na literatura psiquiátrica há muitos anos, desde a década de 40, e incluiu o uso de barbitúricos, anfetaminas, óxido nitroso, LSD entre outros.

Foa et al. (2007), citado por Mithoefer et al. (2011), assinalam que, em relação a uma terapia de exposição, para que seja eficaz é necessário que a exposição seja acompanhada por um nível de envolvimento emocional ou "ativação do medo", evitando dissociação ou emoções avassaladoras. Isto refere-se a trabalhar dentro da chamada "zona de excitação ideal" ou "janela de tolerância". Os pacientes com TEPT tendem a situações de entorpecimento emocional ou ansiedade exorbitante, e comumente possuem uma janela estreita entre os limiares de sub e super excitação (OGDEN, PAIN, 2006 apud MITHOEFER ET AL., 2011). O MDMA pode desempenhar seu efeito terapêutico expandindo essa janela; se ele auxiliar os pacientes a permanecerem emocionalmente envolvidos, sem se sentirem sobrecarregados pela ansiedade enquanto revisitam experiências traumáticas, poderá catalisar uma terapia de exposição com eficácia. Os efeitos farmacológicos do MDMA incluem liberação de serotonina, estimulação do receptor 5HT2 e elevação nos níveis dos neuro-hormônios ocitocina, prolactina e cortisol (DUMONT ET AL., 2009; GROB ET AL., 1996; HARRIS ET AL., 2002; MAS ET AL., 1999; THOMPSON ET AL., 2007, WOLFF ET AL., 2006 apud MITHOEFER ET AL., 2011). Descobertas dos últimos 10 anos sugerem que a ocitocina está envolvida na afiliação, confiança e percepção apurada da emoção (DOMES ET AL., 2007; KIRSCH ET AL., 2005, ZAK ET AL., 2005 apud MITHOEFER ET AL., 2011), sendo assim, um grau elevado de ocitocina pode auxiliar os pacientes a formar uma aliança terapêutica e a visitar experiências traumáticas em um estado

emocionalmente envolvido. A ocitocina diminui a ativação da amígdala em resposta a estímulos indutores de medo e eleva a confiança (KIRSCH ET AL., 2005; BAUMGARTNER ET AL., 2008, KOSFELD ET AL., 2005 apud MITHOEFER ET AL., 2011). Um estudo de 2009 relatou que o aumento do nível de ocitocina após o MDMA estava atrelado a uma maior sociabilidade e gregarismo (DUMONT ET AL., 2009 apud MITHOEFER ET AL., 2011). Em relação à liberação de prolactina após administração de MDMA, foi postulado que pode contribuir para uma sensação de relaxamento e receptividade (PASSIE ET AL., 2005 apud MITHOEFER ET AL., 2011).

Rauch et al. (2006), mencionado por Mithoefer et al. (2011), esboçam que o “modelo neurocircuito” do TEPT postula um déficit na extinção do medo, mediado pela amígdala e pelo córtex pré-frontal ventral/medial. Este modelo tem como base achados de atividade e volume hipocampal diminuídos, elevação da atividade na amígdala e diminuição da ativação do córtex pré-frontal medial em pessoas com TEPT. Um estudo de Tomografia por Emissão de Pósitrons (TEP) em humanos mostrou que, após 75 minutos da administração de MDMA, houve um aumento no fluxo sanguíneo cerebral no córtex frontal ventral/medial e occipital e uma diminuição na amígdala esquerda (GAMMA ET AL., 2000 apud MITHOEFER ET AL., 2011). O MDMA pode produzir alguns de seus efeitos através dessas alterações na atividade cerebral, possivelmente revertendo disfunções que estão associadas ao TEPT, permitindo que o material traumático seja elaborado de maneira eficaz durante as sessões de terapia.

Como mencionado no parágrafo inicial, o ensaio clínico em questão será esmiuçado para melhor compreensão do estudo. Mithoefer et al. (2011) apresentam que as inscrições para participação no estudo tiveram início em março de 2004 e terminaram em janeiro de 2008, sendo que o acompanhamento da pesquisa foi concluído em setembro de 2008. A divulgação foi feita através de cartas para psicoterapeutas e anúncios na internet. Indivíduos em potencial, na faixa etária dos 21 aos 70 anos, foram selecionados por meio de entrevista telefônica programada para a identificação dos critérios de exclusão médica ou psiquiátrica, com diagnóstico prévio. Os candidatos que passaram nesta triagem foram avaliados por um examinador independente e um médico, em um ambulatório. Destes, 20 se enquadravam em todos os critérios preestabelecidos e foram recrutados para o estudo. O estudo foi aprovado pelo Conselho de Revisão Independente do *Copernicus*

*Group, Research Triangle Park* (Carolina do Norte, EUA) e foi conduzido de acordo com as diretrizes regulatórias para a proteção de seres humanos, regulamentos federais relevantes e padrões internacionais. Após a inscrição, os participantes foram randomizados, em dupla ocultação, para receber duas sessões de psicoterapia com administração concomitante de MDMA ou a mesma psicoterapia acompanhada de administração de placebo (lactose) (ou seja, apenas psicoterapia). A ocultação foi rompida para cada participante após a visita de seguimento, realizada dois meses após a segunda sessão experimental. Após este seguimento de dois meses, nove participantes receberam uma terceira sessão de psicoterapia com MDMA, conforme a permissão de uma emenda do protocolo; no entanto, como nem todos os indivíduos a receberam, os dados referentes a isto foram omitidos da análise.

Foi realizada uma solicitação para os indivíduos se absterem de toda medicação psiquiátrica durante a participação no estudo, com exceção de sedativos hipnóticos ou ansiolíticos usados a depender da necessidade entre as sessões de psicoterapia com MDMA ou com placebo (entendidas como “medicações de resgate”). Uma emenda ao protocolo permitia que os nove últimos indivíduos recebessem uma dose suplementar de MDMA ou placebo em todas as sessões experimentais, a fim de prolongar a terapêutica dos efeitos do MDMA e coletar dados sobre a dose para o planejamento de testes clínicos futuros. A triagem para a entrada no estudo envolveu uma Entrevista Clínica Estruturada para o Diagnóstico do Eixo I (ECE), o SCID II para transtorno de personalidade, CAPS, história médica, exame físico, perfil bioquímica sérica, hemograma completo entre outros exames médicos. Era necessário cumprir os critérios do DSM-IV para o diagnóstico de TEPT crônico, relacionado à guerra, e ter sintomas resistentes ao tratamento, dentro de um escore CAPS  $\geq 50$  (sintomas moderados a graves) após pelo menos três meses de tratamento prévio com ISRS ou IRSN, além de pelo menos seis meses de psicoterapia. Os critérios de exclusão psiquiátrica envolviam transtorno de personalidade borderline ou qualquer transtorno do Eixo I com as seguintes exceções: transtornos de ansiedade; transtornos afetivos diferentes do transtorno bipolar tipo 1; abuso de substâncias ou dependência em remissão por  $\geq 60$  dias, e transtorno alimentar sem purga ativa. O teste de drogas na urina para cocaína, maconha, anfetaminas, MDMA, opiáceos e benzodiazepínicos foi feito durante a triagem inicial e imediatamente antes de cada sessão experimental. Os resultados foram negativos em todos os assuntos.

Os participantes foram randomizados, numa lista gerada pelo computador, para MDMA ou placebo, em conjunto com a psicoterapia, em uma proporção de 60% de MDMA (n=12) para 40% de placebo (n=8). A realização do estudo aconteceu em um ambulatório confortável, agradável esteticamente, com instalações para o indivíduo e uma enfermeira, consultora em ocultação para permanecer no local durante a noite. Os investigadores mantiveram equipamentos e medicamentos para emergências médicas; além disso, um médico e um enfermeiro de emergência estavam no local para todas as sessões experimentais. As sessões experimentais duraram de oito a dez horas, seguidas por uma noite de estadia. Além das sessões experimentais de MDMA ou placebo durante a psicoterapia, a intervenção terapêutica também incluiu sessões de psicoterapia sem substâncias, para preparação e integração. Uma equipe de psicoterapeutas (sendo um homem e uma mulher), um psiquiatra e outro enfermeiro psiquiátrico, estava presente em todas as sessões. Cada participante teve duas sessões introdutórias de 90 minutos, dentro de seis semanas antes da primeira sessão experimental, para prepará-los para a estrutura das sessões, a abordagem da terapia e os possíveis efeitos de MDMA. No Estágio 1, havia oito sessões de integração com o objetivo de discutir as sessões experimentais, de processar emoções adicionais (FOA, KOZAK, 1986 apud MITHOEFER ET AL., 2011), se fosse necessário, e ajudar as pessoas a incorporarem quaisquer insights ou novas perspectivas em suas vidas cotidianas. Uma dessas sessões de integração ocorreu na manhã seguinte a cada uma das duas sessões experimentais e mais três foram agendadas durante o mês seguinte a cada sessão experimental. Uma sessão de integração final foi realizada dois meses depois da segunda sessão experimental. No Estágio 2, a programação das sessões de integração era a mesma do Estágio 1, com exceção de que havia três sessões de acompanhamento agendadas após cada sessão experimental, ao invés de quatro. O método da psicoterapia seguiu os princípios desenvolvidos por Stanislav Grof e outros para psicoterapia com LSD e Respiração Holotrófica (PAHNKE ET AL., 1971, GROF, 2000 apud MITHOEFER ET AL., 2011), adaptados para a psicoterapia assistida por psicodélicos por Metzner e outros (GREER, TOLBERT, 1998, METZNER, ADAMSON, 2001 apud MITHOEFER ET AL., 2011).

Durante as sessões experimentais, os participantes descansaram, em uma posição confortável com os olhos fechados ou usando viseiras, e ouviram uma

programação musical que foi inicialmente relaxante e depois emocionalmente evocativo. Os programas de música eram iguais para todos, embora os indivíduos ou os pesquisadores tivessem a opção de pular ou substituir algumas seleções por períodos de silêncio. Os momentos de conversa alternavam-se com os momentos nos quais os participantes eram encorajados a se concentrarem na introspecção. O horário para a alternância desses momentos era flexível, determinado pelos desejos da pessoa e pelo julgamento dos terapeutas. Os terapeutas buscavam um equilíbrio entre a introspecção, o silêncio e a discussão terapêutica. Se houvesse necessidade, o Zolpidem ou o Lorazepam eram prescritos para insônia. No dia seguinte, durante a psicoterapia, foi solicitado que, tanto os participantes quanto os investigadores, tentassem adivinhar a atribuição da condição e avaliar a certeza do seu palpite. Os participantes deste estudo tinham uma duração média de diagnóstico de TEPT estimada em 19 anos ou mais. Quinze dos 20 indivíduos já haviam sido submetidos a vários ensaios de medicação, com uma média de 4,2 diferentes drogas psiquiátricas, e quinze já tinham completado mais de um caminho de psicoterapia. Não houve diferenças significativas entre os grupos, exceto em relação à duração da terapia anterior, no entanto a análise de covariância demonstrou que esta covariável não se mostrou relevante.

Os efeitos do MDMA aconteceram entre 45 e 75 minutos após a dose inicial, atingindo um pico em duas a duas horas e meia; duraram de quatro a cinco horas nos onze participantes que receberam uma dose única e cinco a seis horas nos nove que receberam uma dose suplementar. Houve diminuição gradual dos efeitos no decorrer das horas. Aumento da pressão arterial, pulso e temperatura corporal foram maiores no grupo MDMA, voltando espontaneamente a condição inicial no final da sessão em ambos os grupos. Não houve complicações médicas ou intervenções farmacológicas. Os efeitos colaterais mais comuns, que aconteceram com mais frequência no grupo MDMA no dia das sessões experimentais, foram: aperto na mandíbula, náusea, sensação de frio, tontura, perda de apetite e equilíbrio prejudicado. Já no grupo placebo, no dia das sessões experimentais, os mais comuns foram: ansiedade, insônia, dor de cabeça e fadiga. Na semana seguinte às sessões experimentais, alguns dos efeitos colaterais mais comuns foram relatados com incidência semelhante em ambos os grupos: fadiga, ansiedade, baixo humor, dor de cabeça e náusea. Os efeitos colaterais habitualmente desaparecem no decorrer de um período de horas ou



dias, geralmente de maneira espontânea; às vezes, com tratamento do sintoma a curto prazo. Não houve necessidade de nenhum tratamento médico durante as sessões experimentais e não houve nenhum efeito adverso grave relacionado à substância. Um aumento temporário da ansiedade, em alguns momentos, também foi um efeito colateral desse tratamento. No entanto, nem o Zolpidem nem os benzodiazepínicos foram administrados com maior frequência após as sessões de MDMA do que após as sessões placebo, sugerindo que esse efeito colateral foi provocado pela psicoterapia e não pelo uso de MDMA. Uma característica deste modelo de tratamento é que ele engloba um período inicial de grande contato entre terapeuta e paciente, incluindo sessões de psicoterapia diária e um pernoite na clínica, o que não é habitual na prática psicoterápica tradicional. Se a psicoterapia assistida por MDMA for aprovada para uso na prática clínica, provavelmente aconteceria em clínicas especialmente equipadas para comportar sessões de tratamento mais longas e estadias noturnas. Tanto as sessões psicoterápicas de preparação quanto as sessões de integração parecem ser muito importantes para a segurança e o efeito terapêutico.

Em relação aos resultados, Mithoefer et al. (2011) pontuam que os sintomas de TEPT, medidos pelo CAPS, melhoraram ao longo do tempo em ambos os grupos, mas o grupo MDMA mostrou uma melhora significativamente maior. No Estágio 1, a resposta clínica foi de 83,3% (10/12) no grupo MDMA versus 25% (2/8) no grupo placebo. Dez pessoas do grupo MDMA não atendem mais aos critérios do DSM-IV para TEPT em comparação com dois do grupo placebo. No Estágio 2, a taxa de resposta clínica foi de 100% nos sete indivíduos, seis dos quais não responderam ao placebo e um deles recidivou após uma resposta placebo inicial. Uma observação não planejada foi que todos os três sujeitos que relataram não conseguirem trabalhar devido ao TEPT conseguiram retornar ao trabalho. Este estudo piloto demonstrou que a psicoterapia assistida com MDMA pode ser utilizada para o tratamento de indivíduos com TEPT crônico, resistente ao tratamento, com efeitos colaterais aceitáveis e de curta duração, surtindo melhoras clínica e estatisticamente significativas nos sintomas do transtorno. Não houveram eventos adversos sérios relacionados à droga e nenhum tipo de evidência de comprometimento da função cognitiva, conforme avaliado por testes neuropsicológicos. Os pontos fortes deste estudo são seu caráter prospectivo, em dupla ocultação e cruzado; a utilização de um desfecho primário padronizado

(CAPS), amplamente usado para pesquisa de TEPT (WEATHERS ET AL., 2001 apud MITHOEFER ET AL., 2011); registro de doenças crônicas, indivíduos que tinham TEPT moderado a grave (resistentes ao tratamento) e o uso de um avaliador cego e independente. Além disso, os participantes preencheram critérios de inclusão e exclusão bem definidos e tinham escores quase idênticos no CAPS. Souza (2009) assinala que o estudo clínico randomizado (ECR)<sup>5</sup> pode ser considerado uma das ferramentas mais poderosas para se obter evidências das intervenções em saúde e que, no contexto de classificação das pesquisas científicas em saúde, são os mais relevantes para a prática clínica.

Mithoefer et al. (2013) relatam os dados de acompanhamento referentes à avaliação dos resultados a longo prazo do referido estudo (Mithoefer et al., 2011). Todos os 19 sujeitos que receberam o tratamento assistido por MDMA no estudo original participaram do acompanhamento a longo prazo (*long-term follow-up study* ou LTFU), com 16 destes completando todas as medidas estabelecidas, que foram realizadas de 17 a 74 meses após a sessão final do estudo anterior. Foi utilizado como desfecho primário a escala CAPS; como desfechos secundários, a Escala Revisada de Impactos de Eventos (*Impact of Events Scale- Revised* ou IES-R) e o Inventário de Personalidade NEO Revisado (*Revised NEO Personality Inventory* ou NEO PI-R). Além disso, foi realizado um questionário de acompanhamento de longo prazo. Em média, os sujeitos mantiveram ganhos estatisticamente e clinicamente significativos no alívio dos sintomas, embora dois deles tenham tido recaída. Nenhum participante relatou danos decorrentes da participação no estudo. As evidências relatadas neste estudo LTFU, conduzidas numa média de quase três anos e meio após a data de saída do estudo anterior, são promissoras e indicam que houve um benefício duradouro e clinicamente significativo da psicoterapia assistida por MDMA para pacientes com TEPT.

Mithoefer (2013) delinea alguns elementos importantes a respeito do processo psicoterapêutico que acontece concomitantemente aos efeitos farmacológicos do MDMA nesse tratamento. O primeiro elemento refere-se ao estabelecimento de um ambiente terapêutico seguro e de apoio, o que é essencial para qualquer tratamento

---

<sup>5</sup> Apesar de algumas possibilidades de variação, o estudo clínico randomizado tem como base a comparação entre duas ou mais intervenções, as quais são controladas pelos pesquisadores e aplicadas de maneira aleatória em um grupo de participantes.

eficaz para TEPT. Pacientes com este transtorno habitualmente têm dificuldade de confiar no outro, de modo que a aliança terapêutica e os recursos internos do indivíduo podem ser testados de forma exaustiva durante os desafios emocionais que surgem a partir do processamento do trauma. A psicoterapia assistida por MDMA não é imune a esses desafios, mas possui uma vantagem potencial no que concerne aos efeitos da substância, que aumenta a probabilidade de que os pacientes consigam manter confiança suficiente nos psicoterapeutas e uma visão mais ampla sobre sua experiência interior para, então, processarem seus medos sem afastamento emocional. As sessões de preparação, que precedem as sessões assistidas com MDMA, são muito importantes para a formação dessa aliança. O segundo elemento refere-se ao gerenciamento de ansiedade e inoculação do estresse. Qualquer psicoterapia que envolva revisitar e processar traumas possivelmente aumentará, de forma temporária, a ansiedade e outras emoções do indivíduo; desta forma, é preciso que ele possua ferramentas para gerenciar a intensidade dos sintomas no decorrer da terapia, conforme sua necessidade. Várias abordagens psicoterapêuticas possuem métodos para isso, como relaxamentos e visualizações guiadas. Durante as sessões de preparação/introdução da psicoterapia assistida por MDMA, é ensinado ao paciente a respiração diafragmática consciente ou estimulado o uso de qualquer outro método que ele considere eficaz para si. O MDMA catalisa um processamento interno mais profundo durante as sessões, sendo assim, costuma requerer uma maior atenção aos desafios de integração dessas experiências tanto na consciência quanto na vida cotidiana.

O terceiro elemento refere-se à exposição, que envolve revisitar experiências traumáticas durante a psicoterapia. Na psicoterapia assistida por MDMA, é acordado com os pacientes de que os terapeutas podem apresentar o trauma em algum momento durante cada sessão de MDMA, caso ele não surja de forma espontânea; no entanto em quase 100 sessões de pesquisa de MDMA até o momento, isso nunca foi necessário. O trauma sempre aparece e é preferível permitir que ele surja espontaneamente para cada sujeito, a qualquer momento e da forma que for. Há congruência, portanto, com o princípio de que o método ideal é que os terapeutas e o participante se aproximem de cada sessão com uma postura predominantemente não-diretiva, com o intuito de permitir que os próprios mecanismos de cura do indivíduo determinem qual o caminho a sessão seguirá. Em algum momento da sessão, isso

culminará em uma forma de terapia de exposição na qual o MDMA atua como um catalisador, possibilitando conexão emocional, maior clareza sobre as memórias do trauma e uma sensação de confiança de que as experiências de sofrimento podem ser revisitadas e processadas sem se tornarem sufocantes. Em muitos casos, essa exposição acontece no início da sessão, mas às vezes só surge após o entendimento de que as experiências fornecerão uma maior força interior para o enfrentamento das memórias traumáticas. Essas experiências afirmativas são componentes importantes da terapia e os pacientes são encorajados a aceitá-las como tal, ao invés de absorverem a ideia de alguns indivíduos de que o único uso produtivo do tempo é o enfrentamento da dor.

O quarto elemento refere-se à reestruturação cognitiva. Na Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), é ensinado às pessoas o reconhecimento de pensamentos, crenças e distorções negativas a fim de modificá-los; já na terapia de ordem psicodinâmica, a partir das interpretações do terapeuta, o indivíduo pode compreender o significado das experiências traumáticas, com base na sua história de desenvolvimento, nos relacionamentos anteriores e nos conflitos psicológicos. Na psicoterapia assistida por MDMA, a reestruturação cognitiva pode ser resultado do diálogo com os terapeutas usando elementos da TCC, de terapia psicodinâmica ou de outros métodos, de acordo com a formação acadêmica e a experiência individual dos terapeutas, conforme permitido no Manual de Treinamento para atuação neste tratamento. A abordagem predominantemente não diretiva culmina frequentemente em uma reestruturação cognitiva espontânea, resultante de qualidades possibilitadas pelo efeito terapêutico do MDMA associado à psicoterapia: maior clareza mental, confiança e um olhar honesto para si mesmo.

O quinto elemento refere-se à transferência e contratransferência, que dizem respeito, respectivamente, aos sentimentos que surgem do paciente em relação aos terapeutas e vice-versa, que são inconscientemente influenciados pela experiência anterior, principalmente as experiências da infância com os pais. A consciência desses sentimentos é essencial em qualquer psicoterapia, sendo especificamente abordada na psicoterapia psicodinâmica, com o intuito de tornar conteúdos inconscientes, conscientes. Na psicoterapia assistida por MDMA, a transferência e a contratransferência são discutidas nas sessões de preparação, entendendo que esses sentimentos podem ser acentuados pelo MDMA. Eles são apresentados para os

pacientes como fenômenos naturais, que trazem a possibilidade de descobrir e processar material inconsciente no presente. Os sujeitos que tomam MDMA podem ficar muito sensíveis às expressões (verbal e não-verbal) dos terapeutas, por isso são encorajados a serem honestos e abertos sobre quaisquer sentimentos que surjam. O MDMA pode trazer à consciência alguns conteúdos inconscientes a um ritmo acelerado, ao passo que aumenta a capacidade do paciente de reconhecer e discutir questões de transferência e tolerar e se beneficiar desse índice mais rápido de mudança.

O sexto elemento refere-se à multiplicidade do psiquismo humano. O psiquismo não é unitário, todos os indivíduos possuem partes diferentes. Esse fenômeno é amplamente reconhecido, mas na Psiquiatria a terminologia e as teorias sobre o assunto estão longe de encontrarem um consenso. O autor pontua que “dissociação”, “partes”, “subpersonalidades”, “eus” e “complexos” estão todos se referindo ao mesmo fenômeno de sobreposição, embora com nomenclaturas distintas. Quando as manifestações dessa multiplicidade se encontram num extremo do espectro, elas são chamadas de Transtorno da Identidade Dissociativa. No DSM-V, há um novo “subtipo dissociativo” de TEPT, um reconhecimento de que as pessoas com TEPT habitualmente possuem níveis maiores de dissociação ou de mistura com suas partes. O MDMA, em um ambiente terapêutico, frequentemente aumenta a consciência de diferentes “partes” do psiquismo, ao mesmo tempo que traz uma maior energia para a exploração dessas partes com maior compaixão e clareza. Uma análise do estudo revela que os participantes aumentaram espontaneamente sua conscientização sobre diferentes partes de si em 81% das sessões assistidas por MDMA. Uma maior compreensão e aceitação dessas partes têm se configurado, na maior parte das vezes, em componentes importantes no processo terapêutico.

Por último, o sétimo elemento refere-se às manifestações somáticas do trauma. Embora a TCC, o EMDR e a psicoterapia psicodinâmica possam se atentar para as experiências somáticas, não incluem em suas intervenções o trabalho direto com o corpo. No entanto, existem diversos métodos eficazes que enfatizam a conexão entre sintomas psicológicos e estados fisiológicos. Esses métodos utilizam atenção concentrada, respiração, movimento e/ou toque para estimular a expressão e a liberação de sensações que surgem no corpo durante a terapia do trauma. A psicoterapia assistida por MDMA frequentemente inclui a atenção nas sensações

corporais e o uso da respiração e do movimento para facilitar a conscientização, a expressão e a liberação de tensões ou dores no corpo. Essa abordagem clínica também pode envolver toque ou trabalho corporal focado, sempre com uma cuidadosa atenção à permissão do paciente.

O financiamento para a pesquisa com MDMA é feito pela *Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies* (MAPS), uma organização educacional e de pesquisa sem fins lucrativos da Califórnia (EUA) que, desde sua fundação em 1986, já arrecadou e investiu mais de 40 milhões de dólares em estudos científicos sobre terapias psicodélicas. Mais de 20 milhões de dólares estão sendo investidos para tornar o MDMA um remédio aprovado pela *Food and Drugs Administration* (FDA) até 2021. De acordo com a MAPS (2017), os ensaios clínicos de Fase 2 demonstraram que o MDMA pode reduzir o medo e a postura defensiva do sujeito, melhorar a comunicação e a introspecção e aumentar a empatia e a compaixão, aprimorando o processo terapêutico para pessoas que sofrem com TEPT. Nos estudos concluídos desta fase (que envolveram Israel, Canadá, EUA e Suíça) com 107 participantes, os resultados demonstraram que 61% deles não se enquadravam mais no diagnóstico de TEPT após dois meses do término do tratamento de psicoterapia assistida por MDMA. No decorrer dos 12 meses seguintes, 68% não tinham mais TEPT. Todos os participantes tinham TEPT crônico, resistentes ao tratamento, e sofriam com o transtorno por uma média de 17,8 anos. O MDMA temporariamente aumenta a frequência cardíaca, a pressão sanguínea e a temperatura corporal, o que geralmente não se configura em um problema para sujeitos fisicamente saudáveis. Não houveram eventos adversos sérios envolvendo a administração de MDMA nos estudos da MAPS, não havendo nenhuma ameaça à vida.

Novos ensaios clínicos (randomizados, duplos-cegos, controle placebo e multicêntricos)<sup>6</sup> com 200 a 300 participantes avaliarão a eficácia deste tratamento em sujeitos com TEPT grave, oriundo de diversas causas. Os testes têm como base os

---

<sup>6</sup> Randomizado: Pacientes distribuídos aleatoriamente.

Duplo-cego ou dupla ocultação: Nem o paciente e nem o profissional que está avaliando sabem qual tratamento foi aplicado.

Controle placebo: Há um grupo que recebe o medicamento ativo e outro que recebe um inativo (placebo).

Multicêntrico: Ensaios clínicos realizados em diferentes lugares, mas com os mesmos métodos.

Informações retiradas da pesquisa: OLIVEIRA, Marco Aurélio Pinho de; PARENTE, Raphael Câmara Medeiros. Entendendo Ensaios Clínicos Randomizados. **Brazilian Journal Of Videoendoscopic Surgery**. Rio de Janeiro, p. 176-180. jul. 2010.

resultados promissores dos ensaios clínicos de Fase 2 concluídos e são a fase final exigida pela FDA antes da decisão sobre a aprovação do MDMA como um tratamento de prescrição legal para o TEPT, em conjunto com a psicoterapia em um ambiente clínico. Em julho de 2017, a MAPS e a FDA chegaram num acordo a respeito de um protocolo para ensaios clínicos de Fase 3, aprovado pela FDA. Em agosto de 2017, a FDA concedeu a designação de terapia de grande avanço/inovadora (*Breakthrough Therapy Designation*) para o tratamento de TEPT com MDMA. A FDA concede essa designação para tratamentos que têm o objetivo de tratar uma doença ou condição grave e que tenham evidências clínicas preliminares que indiquem uma melhora significativa em relação a outras terapias existentes. Essa designação também significa que a FDA trabalhará em colaboração com a MAPS. Os ensaios de Fase 3 serão realizados em locais de pesquisa nos EUA, Canadá e Israel. O desfecho primário desses estudos será avaliado pela escala CAPS-5 para TEPT (analisada por um grupo “cego” de avaliadores independentes) e outras medidas como o Inventário de Funcionamento Psicossocial (*Inventory of Psychosocial Functioning*), o Inventário de Pittsburgh (*Pittsburgh Sleep Quality Index*).

Por fim, em relação à pesquisa psicodélica de forma geral, Grof (2015) expressa:

Em um dos meus primeiros livros, sugeri que a importância do potencial do LSD e outros psicodélicos para a psiquiatria e para a psicologia era comparável ao valor que o microscópio tem para a biologia e para a medicina ou o telescópio, para a astronomia. (...) Essas substâncias funcionam como amplificadores inespecíficos que aumentam a catexia (a carga energética) associada aos conteúdos profundamente inconscientes da psique e os torna disponíveis para um processamento consciente. Essa propriedade única dos psicodélicos permite estudar correntes psicológicas submersas que regem nossas experiências e comportamentos em uma profundidade que não pode ser igualada por qualquer outro método ou ferramenta disponível na psiquiatria e na psicologia tradicionais de hoje. Além disso, ela oferece oportunidades incomparáveis de cura para distúrbios emocionais e psicossomáticos, de transformação positiva da personalidade e evolução da consciência. (p. 240)

O autor assinala que as mudanças de paradigmas<sup>7</sup> sempre envolvem crises e a emergência por novas maneiras de perceber e interpretar os fenômenos. A substituição do sistema geocêntrico pelo sistema heliocêntrico de Copérnico, Kepler

---

<sup>7</sup> Grof pontua que um paradigma diz respeito a um conjunto de crenças, valores e técnicas compartilhados pelos membros da comunidade científica em um determinado momento histórico. Ele rege o pensamento e as atividades de pesquisa até que alguns pressupostos sejam questionados por novas observações.

e Galileu e as teorias da relatividade e da física quântica, que romperam com a hegemonia da física newtoniana, são exemplos históricos de mudanças de paradigmas. Tais mudanças costumam ser uma grande surpresa para a comunidade científica convencional, já que costuma considerar os paradigmas dominantes como descrições precisas e definitivas da realidade. Da mesma forma, as pesquisas psicodélicas trazem novas concepções sobre a natureza e as dimensões do psiquismo humano, assim como de mecanismos terapêuticos eficazes. É encorajador perceber que, atualmente, há um movimento significativo de interesse por substâncias psicodélicas nos círculos acadêmicos, demonstrando um ressurgimento nessa área de pesquisa que, por muito tempo, esteve impedida de prosseguir por restrições jurídicas (influenciadas por questões socioeconômicas). Além disso, surgem cada vez mais, a nível mundial, novos estudos clínicos que exploram os efeitos terapêuticos dessas substâncias.

### **3.1 Panorama do cenário brasileiro**

No Brasil, o Plantando Consciência, uma instituição sem fins lucrativos, fundada em 2009 e registrada em 2011 como uma organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP), também se dedica ao estudo de psicodélicos e seu potencial terapêutico (SCHENBERG, 2018). De acordo com a instituição, foi feito um financiamento coletivo para que fosse possível a realização de uma pesquisa clínica no país sobre a psicoterapia assistida por MDMA, em colaboração internacional com a MAPS. A campanha do financiamento foi finalizada com sucesso; o MDMA foi fornecido pela MAPS, e uma dupla de psicoterapeutas experientes em trabalhos com estados não-ordinários de consciência, certificados pelo *Grof Transpersonal Training*, participaram do estudo, que foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). O ensaio clínico já está sendo realizado e está sob a responsabilidade legal do Dr. Eduardo Schenberg.

A iniciativa desta pesquisa no Brasil tem uma imensa importância regional. Ribeiro et al. (2013) realizaram um estudo analisando o impacto da violência na prevalência de transtornos psiquiátricos em São Paulo e no Rio de Janeiro, os dois maiores centros urbanos do país. Ambas as cidades passaram por um processo de



urbanização acelerado e desorganizado no decorrer das últimas décadas, o que culminou em uma enorme desigualdade social e econômica. Quase 90% das pessoas que vivem em São Paulo e no Rio de Janeiro já sofreram pelo menos uma experiência traumática ao longo da vida, sendo que a maioria dos participantes dessa amostra relatou ter vivenciado dois ou três tipos de eventos traumáticos. Quase 10% destes desenvolveram sintomas de TEPT (estimativa de prevalência de um ano do transtorno de 5% em São Paulo e 3,3% no Rio de Janeiro). Os resultados também mostraram que as psicopatologias são comuns nessas cidades, visto que mais de 40% dos participantes tiveram pelo menos um transtorno psiquiátrico na vida, e quase um terço deles teve pelo menos um diagnóstico de um ano. Em comparação com outros países latino-americanos com níveis de desenvolvimento semelhantes, a predominância de transtornos psiquiátricos e de exposição a eventos traumáticos foi maior nas duas referidas cidades do que no México e no Chile. As estimativas de prevalência de transtornos de ansiedade realizadas neste estudo (30,8% em São Paulo e 27,1% no Rio de Janeiro) foram semelhantes às estimativas dos EUA (28,8%) e mais de duas vezes maiores que os dados europeus (13,6%).

Os autores discorrem que os participantes do Rio de Janeiro tinham uma maior probabilidade de transtorno do pânico, enquanto que residir em São Paulo estava relacionado à dependência de álcool; transtorno de ansiedade generalizada; transtorno depressivo maior, e transtorno de estresse pós-traumático. Tais resultados sugerem que as características das duas cidades podem estar mediando a relação entre eventos traumáticos e transtornos mentais. Os resultados dos modelos de regressão logística mostram que, no que concerne aos diferentes tipos de experiências traumáticas, a violência relacionada ao assalto pode aumentar a vulnerabilidade para o desenvolvimento de transtornos relacionados ao álcool e de transtornos fóbicos e de ansiedade, incluindo TEPT. Episódios de assassinatos, violência doméstica e sexual, assaltos e sequestros ocorridos nas grandes cidades têm forte relação com o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos. Os resultados deste estudo no Brasil corroboram com os dados a nível mundial do aumento de distúrbios psicológicos na população (OMS, 2017), demonstrando que o tema se configura em uma prioridade de saúde pública.

Além da importância científica dessa pesquisa, no que concerne a um tratamento que tem se mostrado eficaz, trazendo possibilidade de cura, há a

relevância social, pois traz consigo o potencial de uma mudança na atual política de drogas. Sessa e Nut (2015) ponderam que um passo importante para o reconhecimento do MDMA como medicamento é deslocá-lo do Anexo 1 do *Schedule* para o Anexo 2 (sistema de classificação de drogas dos EUA, mediado pela *Drug Enforcement Administration*, ou DEA, órgão encarregado pela repressão às drogas no país). Quando o MDMA foi proibido na década de 80, foi colocado no Anexo 1 da convenção da Organização das Nações Unidas (ONU) de 1961; as drogas deste anexo são consideradas como sendo de uso médico muito limitado. No entanto, não há respaldo científico para que se mantenha dessa forma, visto que há evidências terapêuticas demonstrando seu potencial de tratamento. Sua manutenção no Anexo 1 significa que pesquisadores e médicos possuem grandes empecilhos para estudos e prescrições, estando sujeitos a controles rigorosos. No Reino Unido, por exemplo, é necessária uma licença especial (com uma média de custo de 5000 euros e com cerca de um ano para sua obtenção devido a diversas exigências; atualmente apenas quatro hospitais no país as possuem) para manter ou usar um medicamento do Anexo 1 enquanto os medicamentos do Anexo 2, como heroína e morfina, muito mais viciantes e perigosos que o MDMA, estão disponíveis em todos os hospitais. O MDMA foi submetido a restrições legislativas inadequadas, que não foram baseadas em evidências científicas. Essas restrições não reduziram de maneira efetiva o uso recreacional de ecstasy, mas impediram a pesquisa sobre o MDMA clínico, inviabilizando o progresso científico nessa área.

Leal (2017) discorre que o modelo proibicionista da atual política de drogas se confirma enquanto um modelo da cultura branca protestante norte-americana. Dessa forma, desconsidera principalmente a diversidade étnica, cultural e religiosa de outros povos, se sobrepondo às culturas tradicionais (como por exemplo, a dos países andinos, que fazem uso da folha de coca como expressão de sua cultura ancestral) (RODRIGUES, 2006 apud LEAL, 2017). Os EUA foi o principal local onde as demandas proibicionistas foram tomadas pelo Estado e no fim da década de 90 apresentaram suas políticas de encarceramento baseadas nas ideias de “tolerância zero”. Essa ideologia passou a ser transmitida por uma rede conservadora e por aliados nos níveis burocrático, jornalístico e acadêmico (WACQUANT, 2001 apud LEAL, 2017). Na política estadunidense, o que prevalece são os aparelhos coercitivos do Estado, como as prisões e a legislação. Essas noções de proibição, de legalidade

e de ilegalidade surgem fortemente com o estabelecimento do capitalismo. Desde os primórdios da humanidade, os psicoativos estiveram presentes nos costumes e nas tradições, a condenação de seus usos ocorreu por motivações morais e religiosas, cabendo à Igreja Católica a função desse “controle”. A partir disto, a proibição passa a servir a outros grupos, embora ainda camuflada pelo véu moralista (DELMANTO, 2010 apud LEAL, 2017). Isso se potencializa em sociedades como a brasileira, que possui traços culturais conservadores e autoritários (CHAUÍ, 2000 apud LEAL, 2017). Esse controle fica explícito na questão da criminalização, que culmina em um entendimento do consumo de drogas como sendo um caso de polícia ou de doença mental (SILVA, 2008 apud LEAL, 2017). O uso de substâncias psicoativas remete aos primórdios da humanidade e elas desempenharam vários papéis no decorrer do tempo (CARNEIRO, 2009 apud LEAL, 2017). Assim sendo, para o entendimento de seus significados, seu uso necessita ser contextualizado e compreendido a partir de quem o define, como o define e quais interesses carrega consigo. As substâncias passam a ter funções e significados nas relações sociais em diversos níveis (político, religioso, científico, estético entre outros).

O uso de psicoativos não era considerado um problema, pois fazia parte de uma sociabilidade, passando a se constituir em um a partir do Imperialismo, no momento em que as drogas se tornam mercadorias de disputa. No início do século XIX há uma intensificação das lutas por território e por poder entre as potências imperialistas, demarcando internacionalmente o princípio da guerra às drogas (LIMA, 2009 apud LEAL, 2017), havendo uma radicalização do proibicionismo pós Segunda Guerra Mundial/início da Guerra Fria (BERGERON, 2012 apud LEAL, 2017). Especificamente no Brasil, esse momento foi solo fértil para essa estrutura repressiva, dado que o país vivenciava a ditadura militar. A partir dessa concepção, o uso de drogas passa a ter um viés político e econômico, num contexto de disputas por espaços e acumulação do capital. O termo “guerra às drogas” (*The War on Drugs*) tem origem no modelo de enfrentamento estadunidense, que envolve uma ideia amplamente difundida de que a intervenção em relação ao tema deve ser realizada através do aparato repressivo-militar. A noção é de combate, como se as drogas estivessem passíveis de serem banidas da humanidade, como se a problemática estivesse necessariamente na substância.

O termo “proibicionismo” pode ser compreendido enquanto um posicionamento ideológico, de caráter moralista, convertido em ações políticas voltadas à regulação de fenômenos ou comportamentos enxergados como negativos, através de intervenções do sistema penal, mesmo quando os comportamentos não implicam em um dano direto ou em um perigo de dano para terceiros (KARAM, 2010 apud LEAL, 2017). Fiore (2012) pontua que a Convenção Única sobre Entorpecentes, de 1961, sob a coordenação da ONU, defendida e patrocinada pelos EUA, implantou a nível mundial o paradigma proibicionista na sua configuração atual. Essa convenção definiu um modelo de classificação que divide as drogas em listas; a primeira lista é composta por aquelas consideradas com alto potencial de abuso e nenhum uso medicinal (como esperado, aqui estão incluídas as três drogas que, historicamente, se configuram em um alvo do proibicionismo: maconha, heroína e cocaína. O MDMA também faz parte desse anexo) e as outras listas envolvem drogas com potencial de abuso, mas com uso medicinal (como a morfina e as anfetaminas).

O autor esboça que não existe apenas uma motivação histórica que explique o empreendimento proibicionista, que sua realização se deu por um conjunto de fatores, como a radicalização política do puritanismo estadunidense; os interesses da indústria farmacêutica pelo monopólio da produção de drogas; os conflitos geopolíticos do século XX e o brado das elites em relação a desordem urbana. O discurso moralista traz uma articulação ideológica que propaga socialmente as drogas como substâncias extremamente perigosas e destrutivas, através de um processo de “demonização” (VELHO, 1999 apud LEAL, 2017). A proibição é reforçada pela polícia, pela mídia, por autoridades religiosas e da saúde, que costumam possuir um discurso extremista acerca delas (RIBEIRO, 2000 apud LEAL, 2017). No cenário contemporâneo, o avanço do conservadorismo explicita os soslaio fundamentalistas e conservadores que sempre caminharam lado a lado dos debates desse tema.

Fiore (2012) discorre que deve haver um reconhecimento que as drogas continuarão a existir e que o Estado deve promover outros controles sociais e o autocuidado, as melhores maneiras possíveis de prevenção e de redução de danos. Existem muitas drogas legalizadas (como o álcool e o tabaco e as de prescrição médica, como os ansiolíticos e os antidepressivos) que estão relacionadas a altos índices de dependência e abuso e a altos índices de mortes anuais (como os analgésicos) seja por abuso ou por reações adversas e efeitos colaterais, que não são

proibidas pelo Estado. Como é possível notar, tanto as drogas lícitas quanto as ilícitas podem ser perigosas em algum nível, mas isso não as torna descartáveis ou desnecessárias. O uso desse conjunto de substâncias possui várias motivações e parte delas são de indiscutível importância para a humanidade: auxiliam no enfrentamento de doenças; aliviam a dor; diminuem a ansiedade; melhoram o desempenho; despertam prazer; inspiram reflexões, facilitam relações sociais entre outras. Por essas e outras razões, em toda a história da humanidade as pessoas as buscaram e continuarão a fazê-lo. O exagero do paradigma proibicionista é fazer do Estado (cujo motivo essencial de existência é garantir a liberdade e os direitos individuais) um meio de promover interdições através da criminalização, impedindo adultos de disporem de seus corpos. Pensar em uma política de drogas que não envolva este paradigma não é o mesmo que defender um cenário libertário radical, mas entender que deve haver limites para a atuação do Estado. As práticas corporais e a ingestão de substâncias devem ser marcos de autonomia, sendo assim as interdições tutelares só seriam justificáveis em casos individuais, dentro de um cuidadoso processo médico e judiciário. Sendo assim, se esse é o caso do consumo de algumas substâncias ilícitas, então o Estado teria que estender essa interdição para um nível geral das drogas e dos alimentos. O recurso mais poderoso e perigoso do Estado é a punição e, por isso, seu uso deve ser sempre considerado uma medida de exceção (e não de regra).

O autor assinala que o Estado, ao proibir a produção, o consumo e o comércio de determinadas drogas potencializa o mercado clandestino, criando novos problemas sociais. Há margem, assim, para a existência do tráfico de drogas; um mercado sem nenhum tipo de regulação que costuma envolver exploração de trabalho (inclusive infantil), contaminação ecológica, corrupção de agentes públicos e, um dos pontos mais graves, a violência armada pra demarcar interesses e outros conflitos. Assim como em outras formas de violência, as vítimas dessa guerra costumam ser indivíduos das camadas mais pobres e estigmatizadas dos países. Outro ponto é que o consumidor de drogas é colocado numa relação estreita com o crime, ocasionando encarceramentos que não seriam necessários. É urgente a defesa de um modelo de política de drogas que seja uma alternativa ao proibicionismo, que não afaste o Estado do problema, mas que repense seu papel, para que sua atuação seja mais eficaz dentro dos limites democráticos. A luta pela mudança de paradigma deve ser

concomitante à criação de legislações e políticas públicas que estabeleçam normas justas e humanizadas. Algumas sugestões advindas da literatura e de experiências internacionais envolvem a valorização do autocuidado e de controles sociais; a descriminalização, legalização e regulamentação do consumo de drogas, com critérios objetivos estipulados, e o planejamento de ações de acordo com as especificidades de cada droga.

A política proibicionista que vigora em nossos dias, ao estabelecer quais são as substâncias lícitas e quais são as ilícitas, nos traz a necessidade de entender isso enquanto um fato social, em que é preciso identificar suas origens e analisar os porquês de sua manutenção (BERGERON, 2012 apud LEAL, 2017). Enquanto uma política pública, é essencial entender quais são os interesses envolvidos na questão, compreendendo que diferentes interesses e diferentes segmentos da sociedade (os governos, a mídia, as organizações não-governamentais (ONGs), a opinião pública, os indivíduos que consomem drogas, a comunidade científica, entre outros) estão envolvidos na implementação de ações (BABOR ET AL., 2003 apud LEAL, 2017). Por fim, é essencial o entendimento de que a construção da política de drogas envolve, portanto, questões de caráter político, econômico, social e cultural, indo muito além de uma questão meramente de saúde (como é geralmente justificada socialmente).

A possível aprovação da psicoterapia assistida por MDMA no tratamento de TEPT como um tratamento disponível para a população é uma pequena, porém importante, contribuição para a revisão dos paradigmas que regem a atual política de drogas, promovendo possibilidades de mudanças na mesma.

#### **4 MÉTODO: REVISÃO SISTEMÁTICA**

Galvão e Pereira (2014) discorrem que a revisão sistemática da literatura é um tipo de delineamento de pesquisa que foca em uma questão bem estabelecida, com o objetivo de identificar, selecionar, avaliar e resumir as evidências disponíveis mais relevantes. Estas revisões devem ser abrangentes e não-tendenciosas, de modo que outros pesquisadores possam repetir os procedimentos a partir da divulgação dos critérios adotados. São consideradas estudos secundários já que têm como base de dados os estudos primários (aqueles que mostram resultados em primeira mão). Os

métodos previstos para a elaboração deste tipo de revisão envolvem a elaboração da pergunta da pesquisa; a pesquisa na literatura; a escolha dos artigos; a extração dos dados; a análise da qualidade metodológica; o resumo dos dados (meta-análise), a avaliação da qualidade das evidências e a publicação dos resultados.

Sampaio e Mancini (2007) acrescentam que a revisão sistemática tem grande utilidade para a integração de informações de um conjunto de estudos sobre determinado assunto, assim como para a identificação de temas que necessitam de maiores investigações futuras. Possibilitam também a ampliação das conclusões de um dado tema, visto que se tem uma leitura de diversos resultados relevantes.

Figueiredo et al. (2014), ao abordarem a meta-análise, esboçam que é um importante procedimento metodológico que sintetiza conclusões num dado campo de pesquisa. Os autores a definem como “(...) a utilização de técnicas estatísticas para analisar resultados empíricos de pesquisa com o objetivo de produzir sínteses de literatura” (2014, p. 210). Adentrando nos estágios envolvidos na construção da revisão sistemática, tem-se que todo trabalho científico necessita de um início que descreva, com detalhes, o problema de pesquisa que será investigado. O objetivo da pesquisa precisa ser delineado também, demonstrando se envolverá uma descrição, uma associação ou uma relação causal. Numa segunda instância, há a coleta de dados, em que é preciso deixar claro onde foram coletados os estudos, ou seja, definir as fontes de pesquisa. Além disso, é importante pontuar os tipos de publicações em questão; estes elementos garantem a replicabilidade do estudo. Numa terceira, deve-se coletar informações dos estudos, extraíndo o máximo de dados possíveis, para alimentar sua base de dados. Numa quarta, avalia-se a qualidade dos estudos, analisando se os métodos e técnicas utilizados são coerentes, além das conclusões observadas. Numa quinta, analisa-se os resultados dos estudos e se produz uma síntese deles. Neste momento, é preciso escolher de quais métodos e técnicas irá se valer para a integração dos resultados. Numa sexta, interpreta-se os dados coletados e conclui-se a qualidade das evidências, expondo quais inferências surgem a partir delas. É importante expor também os principais problemas enfrentados no processo de pesquisa, demonstrando as limitações do trabalho. Por fim, apresenta-se os resultados da pesquisa. É essencial que sejam publicados e submetidos à análise da comunidade acadêmica. A seguir, encontram-se os quadros com resultados das pesquisas e, posteriormente, a explicação de cada um deles.

**Quadro 1: Fontes de dados**

Fonte	Autoria	Palavras-chave
Revista “Psicologia: Ciência e Profissão”	Ana Mercês Bahia Bock	
Revista de Psiquiatria	Bruno Mendonça Coêlho Marcus Vinicius Zanetti e Francisco Lotufo Neto	Residência médica; psiquiatria; currículo; qualidade; pós- graduação; psicoterapia, ensino.
Physis: Revista de Saúde Coletiva	Jairo Roberto de Almeida Gama	Reforma psiquiátrica; saúde mental; psicopatologia; subjetividade; clínica; neurociências.
Revista “Psicologia e Sociedade”	Oswaldo Hajime Yamamoto	Políticas sociais; compromisso social; trabalho do psicólogo.
Revista “Psicologia: Teoria e Pesquisa”	Oswaldo Hajime Yamamoto e Isabel Fernandes de Oliveira	Psicologia; políticas sociais; saúde pública; assistência social.
Journal of Psychopharmacology (Oxford, England)	Michael Mithoefer, Mark Wagner, Ann Mithoefer, Lisa Jerome e Rick Doblin	Combat disorders, MDMA, Posttraumatic stress disorder, psychedelics, PTSD.
Journal of Psychopharmacology (Oxford, England)	Michael Mithoefer, Mark Wagner, Ann Mithoefer, Lisa Jerome, Scott Martin, Berra Yazar-Klosinski, Yvonne Michel, Timothy Brewerton e Rick Doblin	MDMA, post-traumatic stress disorder, PTSD, psychedelic drugs, ecstasy, mental health, victimization, long-term outcome, treatment resistance, psychotherapy methods, pharmacotherapy.
PLOS ONE	Wagner Silva Ribeiro et al	
MAPS Bulletin	Michael Mithoefer	
The British Journal of Psychiatry	Ben Sessa e David Nutt	
Livro “Psicologias: uma introdução ao estudo de Psicologia”	Ana M. Bahia Bock, Odair Furtado e Maria de Lourdes T. Teixeira	
Livro “Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação”	Lo Bianco, Bastos, Nunes e Silva	



Livro “Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia”	Ana Mercês Bahia Bock, Maria da Graça Marchina Gonçalves e Odair Furtado	Psicologia, Psicologia Social.
Livro “Psicologia e políticas sociais: temas em debate”	Isabel Fernandes de Oliveira e Oswaldo Hajime Yamamoto	Psicologia, Política pública.
Cartilha Ministério da Saúde “Centros de atenção psicossocial e unidades de acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios”	Secretaria de Atenção à Saúde	Políticas públicas, Centro de atenção psicossocial, Serviços de atenção psicossocial.
Biblioteca virtual de direitos humanos da Universidade de São Paulo (USP)  “Constituição da Organização Mundial da Saúde”	Organização Mundial da Saúde (OMS)	
Revista Carbono	Marcelo Fantappié	
Relatório Organização Mundial da Saúde (OMS) “Depressão e outros distúrbios mentais comuns: estimativas globais de saúde”	Organização Mundial da Saúde (OMS)	
Revista Teoria e Pesquisa	Figueiredo et al	Meta-análise; revisão de literatura, revisão sistemática.
Novos Estudos – Cebrap	Maurício Fiore	
Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde	Taís Freire Galvão e Mauricio Gomes Pereira	
Tese de Doutorado	Fabiola Xavier Leal	Política sobre drogas; Antiproibicionismo; Legalização, Regulação.
Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde	Conferência internacional sobre promoção da Saúde (Ottawa, 1986)	
Livro “Cura Profunda: a perspectiva holotrópica”	Stanislav Grof	Saúde holística, Psicanálise.

**Quadro 2: Palavras-chave sem restrição de idioma**

Palavra-chave	Scielo	Pepsic	Lilacs	Medline
Políticas públicas de saúde	191	15	7985	29.964
Saúde mental e Psicologia	232	132	8240	423.884
Psicofarmacologia	93	5	282	3263
MDMA	15	0	32	4835
Transtorno de estresse pós-traumático	44	16	274	6254
Neurociências	555	129	546	6328

Palavra-chave	Index Psicologia Periódicos técnico-científicos	Index Teses Psicologia	Coleciona SUS
Políticas públicas de saúde	752	38	640
Saúde mental e Psicologia	1530	73	533
Psicofarmacologia	86	2	14
MDMA	3	3	0
Transtorno de estresse pós-traumático	84	9	2
Neurociências	196	14	5

**Quadro 3: Palavras-chave com restrição ao idioma português**

Palavra-chave	Scielo	Pepsic	Lilacs	Medline
---------------	--------	--------	--------	---------

Políticas públicas de saúde	159	13	5988	317
Saúde mental e Psicologia	213	129	5228	1707
Psicofarmacologia	66	3	129	5
MDMA	10	0	18	5
Transtorno de estresse pós-traumático	31	15	171	24
Neurociências	285	100	247	13

Palavra-chave	Index Psicologia Periódicos técnico-científicos	Index Teses Psicologia	Coleciona SUS
Políticas públicas de saúde	655	38	593
Saúde mental e Psicologia	1374	73	304
Psicofarmacologia	16	2	9
MDMA	0	3	0
Transtorno de estresse pós-traumático	67	9	1
Neurociências	157	14	2

#### Quadro 4: Artigos sobre MDMA (restrito ao idioma português)

Palavra-chave	Scielo	Pepsic	Lilacs	Medline	Index Psicologia Periódicos técnico-científicos
MDMA	10	0	18	5	0
MDMA e Transtorno de estresse pós-traumático	0	0	0	0	0
MDMA e Psicofarmacologia	0	0	0	0	0
MDMA e Políticas públicas de saúde	0	0	0	0	0

Palavra-chave	Index Psicologia Teses	Coleciona SUS
---------------	------------------------	---------------

MDMA	3	0
MDMA e Transtorno de estresse pós-traumático	0	0
MDMA e Psicofarmacologia	0	0
MDMA e Políticas públicas de saúde	0	0
Transtorno de estresse pós-traumático e Políticas públicas de saúde	0	0

No quadro 1, encontram-se as fontes de dados usadas neste trabalho. Foram definidas as palavras-chave, para posterior busca em bancos de dados eletrônicos, a partir da predominância dos assuntos. Nos quadros 2 e 3, encontram-se o resultado das pesquisas, demonstrando a quantidade de artigos científicos demarcados pelas palavras-chave em questão, numa busca realizada nas principais bases de dados da área da saúde, sendo elas Scielo; Pepsic; Lilacs; Medline; Index Psicologia Periódicos Técnico-Científicos; Index Psicologia Teses, e Coleciona SUS. Temos, respectivamente, uma tabela sem restrição de idioma e uma com restrição ao português. É possível notar uma grande queda na quantidade de publicações em relação às produções brasileiras dos referidos assuntos, principalmente no que tange à Psicofarmacologia e ao uso terapêutico de psicoativos. Por fim, no quadro 4, é possível concluir que há uma quantidade escassa de produções científicas no Brasil acerca de MDMA. Dos 36 artigos encontrados envolvendo MDMA, os temas abordados foram: métodos de análise para quantificar MDMA em comprimidos; revisões bibliográficas; aspectos farmacológicos e fisiopatológicos; consumo de estimulantes entre estudantes de Medicina; anestesia e o usuário de MDMA; métodos de análise em química forense; caso clínico; emergências de hipertensão arterial e o uso de drogas ilícitas; uso de ecstasy no Brasil; histórico, efeitos e mecanismo de ação; drogas e sistema nervoso central; perfil de abuso de substâncias em adolescentes e jovens adultos; análise de comentários de usuários de ecstasy em pesquisa online; a diminuição à resistência a uma infecção; avaliação dos efeitos de MDMA em camundongos, e o perfil do usuário de MDMA em São Paulo. Em relação à pesquisa da combinação entre as palavras-chave “transtorno de estresse pós-traumático” e “políticas públicas de saúde”, foram encontrados três resultados (no

entanto, eram duas pesquisas, já que uma delas está publicada em mais de uma base de dados) que abordavam o papel da vítima na produção do medo, e acidentes de trânsito e TEPT como um problema de saúde pública.

Exposto os resultados, é possível notar que nenhum deles abordava o uso terapêutico da substância, demonstrando que este viés de estudo é extremamente restrito no país, configurando-se em um possível campo de atuação para a Psicologia. Os resultados reforçam que os cuidados tradicionais são os que ainda predominam na área, havendo pouco olhar para a ampliação das práticas psicológicas, o que possivelmente tem relação com um modelo de sociedade que ainda tem como respaldo preceitos conservadores.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho foi guiado pela concepção de que a possibilidade de transformação da realidade requer uma ampliação de consciência acerca dela. Só a partir de uma mudança de pensamentos e paradigmas que haverá a possibilidade de mudanças concretas, expressas em ações. Embora existam muitos avanços na área da saúde mental, ainda há a necessidade de trilhar novos caminhos, de refletir sobre novas práticas, de pensar sobre possibilidades de estratégias que contemplem cada vez mais as questões do adoecimento mental que emergem em nossos tempos. Noções como integralidade, interdisciplinaridade e humanização nos mostram a importância de que esses novos caminhos sejam traçados de maneira conjunta, entendendo que a saúde e o bem-estar do indivíduo englobam fatores orgânicos, psíquicos e sociais, num elo indissociável, dado que somos seres de uma existência extremamente complexa. Os estudos com psicodélicos delineiam direções em que substâncias, num contexto seguro e embasado em práticas científicas, podem se configurar em adjuvantes terapêuticos, sendo como catalisadores para uma compreensão mais profunda de questões psicológicas.

Tais estudos trazem novas percepções sobre a natureza e as dimensões do psiquismo humano, assim como de mecanismos terapêuticos eficazes. É encorajador que, atualmente, haja um movimento significativo de interesse por substâncias psicodélicas nos círculos acadêmicos, demonstrando um ressurgimento nessa área

de pesquisa que, por muito tempo, esteve impedida de prosseguir por restrições jurídicas (influenciadas por questões socioeconômicas). Além disso, surgem cada vez mais, a nível mundial, novos estudos clínicos que exploram os efeitos terapêuticos dessas substâncias. Estes progressos, no campo científico, trazem a esperança de que, num futuro próximo, os psicodélicos possam retornar às mãos de terapeutas e pesquisadores responsáveis. O trabalho responsável com estados expansivos de consciência conduz a novas e revolucionárias perspectivas terapêuticas, de grande potencial de cura e transformação.

Por fim, enfatiza-se a relevância social de tal pesquisa no país, tanto pelos altos índices de transtornos psicológicos na população quanto pela política de drogas. Entendendo que a construção de tal política envolve questões de caráter político, econômico, social e cultural, indo muito além de uma questão meramente de saúde (como é geralmente justificada socialmente), a possível aprovação da psicoterapia assistida por MDMA no tratamento de TEPT como um tratamento disponível para a população, possui o potencial de se tornar um marco de mudança na atual política de drogas, contribuindo para a revisão de seus paradigmas e promovendo possibilidades de mudanças na mesma, rumo a princípios mais humanizados, pautados na tolerância e na ciência.

## REFERÊNCIAS

BOCK, Ana M. Bahia; FURTADO, Odair; TEIXEIRA, Maria de Lourdes T. A psicologia ou as psicologias. In: BOCK, Ana M. Bahia; FURTADO, Odair; TEIXEIRA, Maria de Lourdes T. **Psicologias: uma introdução ao estudo de Psicologia**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1991. Cap. 1. p. 15-22.

BOCK, Ana Mercês Bahia (Org.). A Psicologia Sociohistórica: uma perspectiva crítica em psicologia. In: BOCK, Ana Mercês Bahia; GONÇALVES, Maria da Graça Marchina; FURTADO, Odair (Org.). **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007. Cap. 1. p. 15-36.

BOCK, Ana Mercês Bahia. Formação do psicólogo: um debate a partir do significado do fenômeno psicológico. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.l.], v. 17, n. 2, p.37-42, 1997. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-98931997000200006>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98931997000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931997000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 mar. 2018.

BROWN, Thomas Kingsley; ALPER, Kenneth. Treatment of opioid use disorder with ibogaine: detoxification and drug use outcomes. **The American Journal Of Drug And Alcohol Abuse**, [S.l.], v. 44, n. 1, p.24-36, 25 maio 2017. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/00952990.2017.1320802>. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00952990.2017.1320802?scroll=top&needAccess=true>>. Acesso em: 14 out. 2018.

COÊLHO, Bruno Mendonça; ZANETTI, Marcus Vinicius; LOTUFO NETO, Francisco. Residência em psiquiatria no Brasil: análise crítica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, [S.l.], v. 27, n. 1, p.13-22, abr. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-81082005000100002>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082005000100002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082005000100002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 mar. 2018.

DIMENSTEIN, Magda. A Psicologia no campo da saúde mental. In: OLIVEIRA, Isabel Fernandes de; YAMAMOTO, Oswaldo Hajime (Org.). **Psicologia e políticas sociais: temas em debate**. 23. ed. Belém: Ufpa, 2014. Cap. 3. p. 75-126.

FANTAPPIÉ, Marcelo. Epigenética e Memória Celular. **Revista Carbono**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1-4, 2013. Disponível em: <<http://www.revistacarbono.com/wp-content/uploads/2013/06/Marcelo-Fantappie-Epigen%C3%A9tica-e-Mem%C3%B3ria-Celular.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

FIGUEIREDO, Dalson Britto et al. O que é, para que serve e como se faz uma meta-análise? **Teoria e Pesquisa**, [S.l.], v. 23, n. 2, p.205-228, 2014. Editora Cubo Multimedia. <http://dx.doi.org/10.4322/tp.2014.018>. Disponível em: <<http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/tp.2014.018?fbclid=IwAR1W5PTLy79W0k4cSmS7Hg4MphrBZXdTtaHIHnF815iRTfZ7bXa97w2kHc8>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

FIORE, Maurício. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos Estudos - Cebrap**, [S.l.], n. 92, p.9-21, mar. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-33002012000100002>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-33002012000100002&fbclid=IwAR0WqM28EqvFxnovQhtoljBCBju-vzl0kQ71HPGheLx\\_OyJaNV3OfcwTdtY](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002012000100002&fbclid=IwAR0WqM28EqvFxnovQhtoljBCBju-vzl0kQ71HPGheLx_OyJaNV3OfcwTdtY)>. Acesso em: 14 out. 2018.

GALVÃO, Taís Freire; PEREIRA, Mauricio Gomes. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.l.], v. 23, n. 1, p.183-184, mar. 2014. Instituto Evandro Chagas. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742014000100018>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n1/2237-9622-ress-23-01-00183.pdf?fbclid=IwAR18DMnJx-tb\\_RFarwo5ChktDoso2l-zML3Vh28X5-jWy50V7\\_BvPo6FdWc](http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n1/2237-9622-ress-23-01-00183.pdf?fbclid=IwAR18DMnJx-tb_RFarwo5ChktDoso2l-zML3Vh28X5-jWy50V7_BvPo6FdWc)>. Acesso em: 10 ago. 2018.

GAMA, Jairo Roberto de Almeida. A reforma psiquiátrica e seus críticos: considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 22, n. 4, p.1397-1417, 2012. FapUNIFESP



(SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312012000400008>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312012000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000400008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 mar. 2018.

GASSER, Peter et al. Safety and Efficacy of Lysergic Acid Diethylamide-Assisted Psychotherapy for Anxiety Associated With Life-threatening Diseases. **The Journal Of Nervous And Mental Disease**, [S.l.], v. 202, n. 7, p.513-520, jul. 2014. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).

<http://dx.doi.org/10.1097/nmd.000000000000113>. Disponível em:

<[https://maps.org/research-archive/lsd/Gasser-2014-JMND-4March14.pdf?fbclid=IwAR1UDiUqklnGjRyz-](https://maps.org/research-archive/lsd/Gasser-2014-JMND-4March14.pdf?fbclid=IwAR1UDiUqklnGjRyz-ZIUNzuWSe0L9JzqGJ2CdA57IO7_Vcs9creQ6xlhCOc)

[ZIUNzuWSe0L9JzqGJ2CdA57IO7\\_Vcs9creQ6xlhCOc](https://maps.org/research-archive/lsd/Gasser-2014-JMND-4March14.pdf?fbclid=IwAR1UDiUqklnGjRyz-ZIUNzuWSe0L9JzqGJ2CdA57IO7_Vcs9creQ6xlhCOc)>. Acesso em: 14 out. 2018.

GONÇALVES, Maria da Graça Marchina. A psicologia como ciência do sujeito e da subjetividade: a historicidade como noção básica. In: BOCK, Ana Mercês Bahia; GONÇALVES, Maria da Graça Marchina; FURTADO, Odair (Org.). **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007. Cap. 2. p. 37-52.

GROF, Stanislav. **Cura Profunda: A perspectiva holotrópica**. Rio de Janeiro: Editora Numina, 2015. 310 p. Tradução de: Antônio Pedro Goulart, Lolita Sala.

LEAL, Fabiola Xavier. **Movimento antiproibicionista no Brasil: Discursos de resistência**. 2017. 371 f. Tese (Doutorado) - Curso de Assistência Social, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2017. Disponível em:

<[http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese\\_10815\\_Fab%EDola%20Xavier%20Leal.p](http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_10815_Fab%EDola%20Xavier%20Leal.pdf?fbclid=IwAR3Ar-82pptQmauL6ikJfgA0nhpXzfsJPzN6wQU3uPD02laMZFJighywQVQ)

[df?fbclid=IwAR3Ar-82pptQmauL6ikJfgA0nhpXzfsJPzN6wQU3uPD02laMZFJighywQVQ](http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_10815_Fab%EDola%20Xavier%20Leal.pdf?fbclid=IwAR3Ar-82pptQmauL6ikJfgA0nhpXzfsJPzN6wQU3uPD02laMZFJighywQVQ)>. Acesso em: 25 out. 2018.

LO BIANCO, Anna Carolina et al. Concepções e atividades emergentes na psicologia clínica: implicações para a formação. In: GUNTERT, Anna Elisa de

Villemor Amaral et al (Ed.). **Psicólogo brasileiro**: práticas emergentes e desafios para a formação. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994. Cap. 1. p. 17-100.

Disponível em:

<[https://books.google.com.br/books?id=JerksayablgC&pg=PA3&hl=pt-BR&source=gbs\\_selected\\_pages&cad=2#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?id=JerksayablgC&pg=PA3&hl=pt-BR&source=gbs_selected_pages&cad=2#v=onepage&q&f=false)>. Acesso em: 14 mar. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Carta de Ottawa**: Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. 1986. Disponível em: <

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf)>. Acesso em: 15 maio. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de

UA. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília, p. 9-16. 2015. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros\\_atencao\\_psicossocial\\_unidades\\_acolhimento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2018.

MITHOEFER, Michael C et al. Durability of improvement in post-traumatic stress disorder symptoms and absence of harmful effects or drug dependency after 3,4-methylenedioxymethamphetamine-assisted psychotherapy: a prospective long-term follow-up study. **Journal Of Psychopharmacology**, [S.l.], v. 27, n. 1, p.28-39, 20 nov. 2012. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0269881112456611>.

Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3573678/>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

MITHOEFER, Michael C et al. The safety and efficacy of  $\pm$ 3,4-

methylenedioxymethamphetamine-assisted psychotherapy in subjects with chronic, treatment-resistant posttraumatic stress disorder: the first randomized controlled pilot study. **Journal Of Psychopharmacology**, [S.l.], v. 25, n. 4, p.439-452, 19 jul. 2010. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0269881110378371>. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1177/0269881110378371>>. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3122379/>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

MITHOEFER, Michael C. MDMA-Assisted Psychotherapy: how different is it from other psychotherapy?. **Maps Bulletin Special Edition**, [S.l.], v. 23, n. 1, p.10-14, spring 2013. Disponível em: <[http://www.maps.org/news-letters/v23n1/v23n1\\_p10-14.pdf](http://www.maps.org/news-letters/v23n1/v23n1_p10-14.pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2018.

MULTIDISCIPLINARY ASSOCIATION FOR PSYCHEDELIC STUDIES (MAPS). **A Phase 3 Program of MDMA-Assisted Psychotherapy for the Treatment of Severe Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)**. 2017. Disponível em: <<https://maps.org/research/mdma/ptsd/phase3>>. Acesso em: 15 out. 2018.

NOLLER, Geoffrey E.; FRAMPTON, Chris M.; YAZAR-KLOSINSKI, Berra. Ibogaine treatment outcomes for opioid dependence from a twelve-month follow-up observational study. **The American Journal Of Drug And Alcohol Abuse**, [S.l.], v. 44, n. 1, p.37-46, 12 abr. 2017. Informa UK Limited.

<http://dx.doi.org/10.1080/00952990.2017.1310218>. Disponível em:

<<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00952990.2017.1310218?fbclid=IwAR1VVRqw4ieTsRCG1ddGSEnNjHYiZyxHcYWb-0nk7rdUBy-nqsEwi4XJe78>>. Acesso em: 14 out. 2018.

OLIVEIRA, Marco Aurélio Pinho de; PARENTE, Raphael Câmara Medeiros.

Entendendo Ensaios Clínicos Randomizados. **Brazilian Journal Of**

**Videoendoscopic Surgery**. Rio de Janeiro, p. 176-180. jul. 2010. Disponível em:

<[https://www.sobracil.org.br/revista/jv030304/bjvs030304\\_176.pdf?fbclid=IwAR3KRnFMd\\_bDWIQsxhHE5FW4UG17FiBnlzS3rI4nMkumOCJRQnND\\_I7YenQ](https://www.sobracil.org.br/revista/jv030304/bjvs030304_176.pdf?fbclid=IwAR3KRnFMd_bDWIQsxhHE5FW4UG17FiBnlzS3rI4nMkumOCJRQnND_I7YenQ)>. Acesso em: 31 out. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946**. Disponível em:

<<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o->

Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-  
omswwho.html>. Acesso em: 12 maio. 2018.

RIBEIRO, Wagner Silva et al. The Impact of Epidemic Violence on the Prevalence of Psychiatric Disorders in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. **Plos One**, [S.l.], v. 8, n. 5, p.1-13, 8 maio 2013. Public Library of Science (PLoS).

<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0063545>. Disponível em:

<<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0063545>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

SAMPAIO, Rosana F.; MANCINI, Melina Cristina. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 1, p.83-89, jan. 2007. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf?fbclid=IwAR1RL7vZshuKrv\\_CFuj-UbnmqYs7hoYP9VxXos9VNByBu\\_7dr1YXOxhkSrw](http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf?fbclid=IwAR1RL7vZshuKrv_CFuj-UbnmqYs7hoYP9VxXos9VNByBu_7dr1YXOxhkSrw)>. Acesso em: 10 ago. 2018.

SCHENBERG, Eduardo Ekeman. **Plantando Consciência**. 2018. Disponível em: <[www.plantandoconsciencia.org](http://www.plantandoconsciencia.org)>. Acesso em: 15 out. 2018.

SESSA, Ben; NUTT, David. Making a medicine out of MDMA. **British Journal Of Psychiatry**, [S.l.], v. 206, n. 01, p.4-6, jan. 2015. Royal College of Psychiatrists.

<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.114.152751>. Disponível em:

<<http://www.maps.org/images/pdf/BritishJPsychiatry-Jan2015-MDMA.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

SOUZA, Raphael F. de. O que é um estudo clínico randomizado? **Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP)**, Ribeirão Preto, v. 42, n. 1, p.3-8, maio 2009. Disponível em:

<[http://revista.fmrp.usp.br/2009/vol42n1/Simp\\_O\\_que\\_e\\_um\\_estudo\\_clinico\\_randomizado.pdf?fbclid=IwAR1jpiTJrNGA\\_LaUS11wFZBDWiQLfHH0bJpZk\\_d1s3uaCOFcaRiKCmu2S24](http://revista.fmrp.usp.br/2009/vol42n1/Simp_O_que_e_um_estudo_clinico_randomizado.pdf?fbclid=IwAR1jpiTJrNGA_LaUS11wFZBDWiQLfHH0bJpZk_d1s3uaCOFcaRiKCmu2S24)>. Acesso em: 11 out. 2018.

SPINK, Mary Jane; BRIGAGÃO, Jacqueline Isaac Machado; NASCIMENTO, Vanda Lúcia Vitoriano do. Psicólogos(as) no SUS: a convivência necessária com as políticas de saúde. In: OLIVEIRA, Isabel Fernandes de; YAMAMOTO, Oswaldo Hajime (Org.). **Psicologia e políticas sociais**: temas em debate. 23. ed. Belém: Ufpa, 2014. Cap. 2. p. 47-74.

THOMAS, Gerald et al. Ayahuasca-Assisted Therapy for Addiction: Results from a Preliminary Observational Study in Canada. **Current Drug Abuse Reviews**, Canada, v. 6, n. 1, p.1-13, jan. 2013. Disponível em: <[https://maps.org/research-archive/ayahuasca/Thomas\\_et\\_al\\_CDAR.pdf?fbclid=IwAR2bVbAt4g9URUu2CCrrKe5ZHDWQ86xwW2rPYAgkRohI94eJ3oFTCHaN7RM](https://maps.org/research-archive/ayahuasca/Thomas_et_al_CDAR.pdf?fbclid=IwAR2bVbAt4g9URUu2CCrrKe5ZHDWQ86xwW2rPYAgkRohI94eJ3oFTCHaN7RM)>. Acesso em: 14 out. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and Other Common Mental Disorders**: Global Health Estimates. 2017. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=690A0497540673AF7E49D477FF8A618B?sequence=1>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

YAMAMOTO, Oswaldo Hajime. Políticas sociais, "terceiro setor" e "compromisso social": perspectivas e limites do trabalho do psicólogo. **Psicologia & Sociedade**, [S.l.], v. 19, n. 1, p.30-37, abr. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-71822007000100005>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822007000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 abr. 2018.

YAMAMOTO, Oswaldo Hajime; OLIVEIRA, Isabel Fernandes de (Org.). Definindo o campo de estudo: as políticas sociais brasileiras. In: OLIVEIRA, Isabel Fernandes de; YAMAMOTO, Oswaldo Hajime (Org.). **Psicologia e políticas sociais**: temas em debate. 23. ed. Belém: Ufpa, 2014. Cap. 1. p. 21-46.

YAMAMOTO, Oswaldo Hajime; OLIVEIRA, Isabel Fernandes de. Política Social e Psicologia: Uma Trajetória de 25 Anos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.

26, n. especial, p.9-24, jan. 2010. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26nspe/a02v26ns.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2018.