

# CURA

A trajetória  
pela doença mental  
até alcançar a  
saúde mental

Dr. THOMAS INSEL

Membro da Academia Nacional de Medicina  
dos Estados Unidos



ALTA BOOKS  
GRUPO EDITORIAL

Rio de Janeiro, 2023

# SUMÁRIO

<i>Nota sobre Linguagem</i>	<i>xiii</i>
<i>Introdução</i>	<i>xvii</i>

## PARTE 1

### UMA CRISE DE CUIDADOS

CAPÍTULO 1	Nosso Problema	3
CAPÍTULO 2	Alheios aos Nossos Afetos	25
CAPÍTULO 3	Tratamentos Que Funcionam	43

## PARTE 2

### SUPERANDO AS BARREIRAS PARA MUDAR

CAPÍTULO 4	Corrigindo a Crise de Cuidados	67
CAPÍTULO 5	Atravessando o Abismo da Qualidade	93
CAPÍTULO 6	Medicina de Precisão	123
CAPÍTULO 7	Além do Estigma	143
CAPÍTULO 8	Recuperação: Pessoas, Lugar e Propósito	159

PARTE 3

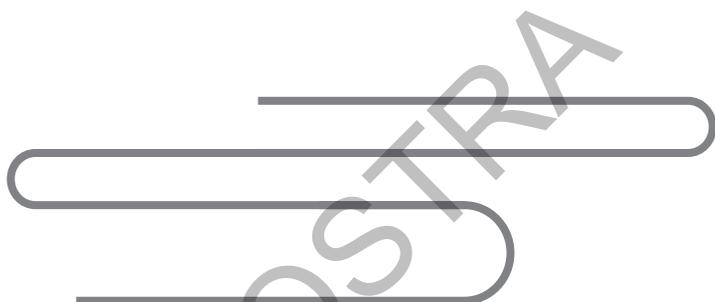
O CAMINHO À FRENTE

CAPÍTULO 9	Soluções Mais Simples	183
CAPÍTULO 10	Inovação	199
CAPÍTULO 11	Prevenção	219
CAPÍTULO 12	Cura	237
<i>Apêndice: Recursos</i>		247
<i>Notas</i>		255
<i>Índice</i>		295

AMOSTRA



PARTE 1



UMA CRISE DE  
CUIDADOS





1.

## NOSSO PROBLEMA

Todos que nascem têm dupla cidadania, no reino dos sãos e no reino dos doentes. Apesar de todos preferirmos só usar o passaporte bom, mais cedo ou mais tarde nos vemos obrigados, pelo menos por um período, a nos identificarmos como cidadãos desse outro lugar.

— Susan Sontag, *Doença como Metáfora*<sup>1</sup>

### Roger

Quando olham para trás agora, quinze anos depois, os pais de Roger mal se lembram de como tudo começou. Roger nunca foi um garoto fácil; ele sempre pareceu ter uma “configuração diferente”. Quando bebê, ele não dormia durante a noite. Por volta dos 2 anos ele era irritado e, quando entrou no jardim de infância, ele era menos sociável do que as outras crianças, brincando alegremente sozinho. Seu gêmeo fraterno, Owen, era mais fácil de lidar. Isso mudou quando os meninos estavam na escola primária. Como seus pais descrevem agora, quando os gêmeos tinham 9 anos, Owen teve diabetes e Roger teve programação de computador. A diabetes de Owen exigia injeções de insulina, exames de urina e uma equipe ofensiva na escola e em casa para garantir que o açúcar no sangue estivesse sob controle. Enquanto isso, sem qualquer incentivo e quase sem que ninguém percebesse, Roger tornou-se um

programador extraordinário. O Python, um revolucionário sistema de programação de computadores, havia se espalhado recentemente mundo afora como a melhor linguagem para jogos e gráficos. O pai de Roger lembra: “Ele parecia entender a linguagem Python. Ele programava por horas, muitas vezes ficava acordado a maior parte da noite e, mesmo no ensino fundamental, ele estava sendo pago para resolver problemas para novas empresas de software.” O fato de ele ter uma “configuração diferente”, nessa idade, significava que Roger era brilhante, talvez como Bill Gates ou Steve Jobs. Durante um período da infância, ele foi um prodígio online, interagindo com adultos que nunca souberam que ele era uma criança.

Quando Roger se tornou um adolescente, a “configuração diferente” evoluiu para algo aterrorizante. Por volta dos 13 anos de idade (seus pais não têm certeza do momento), a obsessão de Roger com a programação desapareceu tão rapidamente quanto havia chegado alguns anos antes. Ele ainda mantinha níveis intensos de foco, mas ninguém, incluindo Owen, sabia exatamente como Roger estava passando seu tempo. Aos 15 anos, suas notas, que sempre estiveram no topo de sua classe, começaram a despencar, e seus poucos amigos do ensino médio pareciam desaparecer. Pensando nisso agora, sua mãe acredita que talvez o primeiro sinal de aviso real tenha sido quando Roger começou a frequentar a igreja. Os pais de Roger eram católicos não praticantes. O que perturbou sua mãe não foi a oração, mas a insistência em chegar à missa exatamente a tempo e sentar-se sempre no mesmo banco. “Havia infelicidade e inflexibilidade” no comportamento de Roger, que fazia ambos os pais pensarem que algo estava errado com seu filho brilhante.

Aos 16 anos, Roger estava constantemente online. Embora ainda não soubessem, perceberam mais tarde que ele tinha descoberto o mundo de sites de teorias da conspiração. Seu foco o levou ao universo de teorias falsas sobre o 11 de Setembro e o Holocausto. Ele passou horas acompanhando conversas sobre os Illuminati em um site que pedia ação para preparar o mundo para o retorno de Jesus. Ele encontrou, online, uma sociedade inteira de pessoas reforçando sua crescente pa-

ranoia. A mesma mente que poderia facilmente dominar o código de computador estava vendo conspirações em todos os lugares.

No meio do último ano do ensino médio, Roger teve um surto psicótico, quando perdeu completamente o contato com a realidade. Internamente, como ele me disse mais tarde, ele se sentiu mais focado, mais certo, cheio de um senso de propósito. Externamente, ele ficou desleixado por algumas semanas, faltou à escola, passou quase uma semana sem dormir. Ele mal tinha comido por dias quando saiu do quarto nu para gritar que todos estavam em perigo. “A CIA tem nos observado! Eles estão prestes a atacar!” Sua explicação era difícil de compreender, mas tinha algo a ver com vozes, “vozes alienígenas”, que lhe diziam para tirar sua roupa e “andar pela terra” para salvar sua família da destruição. Era meados de janeiro e uma incomum tempestade de inverno na Geórgia estava em pleno vigor. Para a mãe de Roger, sua intensidade foi o mais angustiante. “Seus olhos estavam arregalados e sem piscar. Ele não conseguia parar de falar.” Nada que seus pais diziam ou perguntavam, nenhuma tentativa de tranquilização, conseguia alcançá-lo em sua agitação extrema.

Eles me dizem isso anos depois, sentados no mesmo sofá, na mesma sala onde suas vidas mudaram para sempre, durante aquela tempestade de neve esquisita. Ambos os profissionais de meia-idade pensam na primeira psicose de Roger, o que eles chamam de “sua ruptura”, como o pior momento de suas vidas. O pai de Roger, um advogado, lembra: “Foi tão surreal. Assustador, sim, mas tão inexplicável. Roger poderia ter tomado uma droga psicodélica que o deixou louco? Talvez, mas ele nunca gostou de drogas ou de álcool. E ele não saía de casa há dias.” Eles perceberam, desconfortavelmente, que esse novo comportamento era apenas uma extensão do declínio angustiante dos meses anteriores. O próximo pensamento deles foi: “Como conseguiremos ajuda para ele?”

Roger não estava interessado em ir ao pronto-socorro ou passar por um psiquiatra. Ele insistiu, agora gritando com o pai, que o problema não era o medo dele, mas a verdadeira ameaça sobre a qual eles precisavam fazer algo. Sem uma solução melhor e, de certa forma, com medo

de um ataque por parte de Roger, o pai ligou para a polícia. Ele lamenta essa decisão agora, mas na época, confrontado com um filho que estava irracional e agitado, não via alternativa.

Quando a polícia chegou, o que havia sido uma situação familiar tensa tornou-se uma crise clínica. Pensando que a polícia era a CIA e que o temido ataque estava acontecendo em tempo real, Roger correu para a porta. Momentos depois, ele estava no chão, algemado e imobilizado, gritando obscenidades enquanto quatro policiais lutavam para levá-lo para dentro da viatura. Os oficiais entenderam que Roger estava em estado psicótico, mas, da perspectiva deles, ele também era violento.

As salas de emergência são montadas para traumas e condições agudas de saúde, como infartos e crises de asma, mas, para uma criança de 17 anos de idade, controlada pela paranoia, algemada a uma maca e cercada por estranhos, o cenário adicionava combustível ao fogo. Seus pais estavam lá, mas Roger pensou que eles não eram realmente seus pais; eles eram imitadores que trabalhavam para a CIA. Ele falava sem parar, mas apenas fragmentos do que ele dizia faziam sentido para os pais. Após três horas, um psiquiatra chegou, fez um exame rápido, fez algumas perguntas e recomendou injeções de haloperidol, um medicamento antipsicótico.

O pai de Roger lembra: “Presumi que ele seria medicado no pronto-socorro e internado assim que ficasse menos agitado. Mas nos disseram que não havia leitos na cidade. Então, ficamos no pronto-socorro por três dias, dormindo em uma cadeira ao lado de Roger, que ainda estava amarrado à maca. Fomos procurar ajuda, mas nunca nos sentimos tão desamparados.” No terceiro dia, Roger foi transferido para um hospital a cerca de cinquenta quilômetros de distância. A essa altura, após múltiplas injeções de haloperidol, ele estava tão dopado que mal conseguia falar.

A primeira internação de Roger durou três dias, apenas algumas horas a mais do que a estadia no pronto-socorro. Ele foi diagnosticado com transtorno esquizoafetivo, possivelmente esquizofrenia, e

tratado com risperidona, outro medicamento antipsicótico. Na alta, ele estava melhor, conseguia dormir e era coerente, mas estava longe de estar bem. Ele voltou para casa com três frascos de medicação e se ausentou da escola por dez dias. Logo ele estava dormindo, tomando banho e comendo.

Conheci Roger e sua família como vizinhos, não como pacientes. Depois da alta, o pai do Roger perguntou-me se eu falaria com o filho dele. Nos encontramos em sua casa e andamos pela vizinhança durante algumas horas. Naquele momento, Roger era esguio e tinha pouco mais de 1,80m de altura. Seu cabelo era longo, liso e sujo, mas não desleixado. Seu rosto era bonito, perceptivelmente, apesar de um pouco de acne. Minha primeira impressão foi de timidez; Roger não fez contato visual e não quis apertar minha mão. Então fiquei surpreso com como ele ficou falante enquanto caminhávamos. Havia um verdadeiro senso de intencionalidade no seu discurso. Na verdade, ele parava de andar para falar. E ele parecia experimentar o mundo sem filtro, de modo que uma sirene distante ou um cão latindo a um quarteirão de distância o distraíam. Ele ainda tinha hematomas por ter sido contido pela polícia.

“O hospital era como um filme de terror. Havia pessoas tagarelando constantemente e alguém estava gemendo a noite toda, então eu não conseguia dormir muito.” Embora ele não se considerasse doente, descreveu as semanas anteriores e seu tempo no hospital como “puro terror”. “Estou tendo muitos pensamentos estúpidos.” Esse era o seu termo para as vozes, que ele percebeu agora serem internas, embora parecessem inevitavelmente externas e reais. Mas, agora que estava medicado, ele sentiu que esses problemas estavam resolvidos. Perguntei-lhe o que ele mais queria. Ele pensou por um longo tempo, parado na calçada em frente à sua casa. “Paz” foi tudo o que disse.

Uma semana depois de sair do hospital, um dia depois de fazer 18 anos e dois dias antes de voltar para a escola, ele parou de tomar a medicação. As drogas o faziam se sentir “lento e grogue”. Ele não gostava dos “pensamentos estúpidos”, mas realmente não gostava da maneira como as drogas entorpeciam seus sentidos. Cinco dias depois, com as

vozes dizendo-lhe para “andar pela terra”, ele fez uma pequena mala e saiu de casa.

Quando os pais o encontraram, uma semana depois, Roger vivia na rua, desabrigado e murmurando para si mesmo. Por mais temerosos que estivessem um mês antes, agora estavam despedaçados. Isso nunca foi o que eles esperavam da “configuração diferente”.

E, infelizmente, é aqui que a história de psicose aguda de Roger se transforma em uma jornada em direção à incapacidade crônica. Durante os cinco anos seguintes, Roger foi detido cinco vezes na cadeia do município, foi hospitalizado três vezes devido à psicose e passou quatro vezes pelo pronto-socorro depois de ser agredido na rua. Tornou-se fumante e alcoólatra, mas afastou-se dos opiáceos e da metanfetamina. Suas posses incluem uma Bíblia, um saco de notas que ele escreveu para registrar seus pensamentos e um guarda-chuva e uma lona que ele usa na chuva. Ele é morador de rua a maior parte do tempo, mas, com a ajuda de um assistente social e sustentado por seus pais, ele tem um quarto onde fica durante o inverno.

“Tentamos ajudá-lo, mas os profissionais nos disseram repetidamente que, a menos que Roger seja um perigo iminente para si ou para os outros, não há nada que possamos fazer”, diz a mãe. “Claro, gostaríamos de cuidar dele em casa, mas ele não quer morar conosco. Por longos períodos, não conseguimos localizá-lo.” Por mais que sonhem que um dia ele dominará esses “demônios” e retornará ao Roger que conhecem, eles vivem com medo constante de que ele morra antes dos trinta anos, uma vítima da esquizofrenia.

Enquanto isso, Owen, cuja diabetes já foi uma preocupação tão grave, está na pós-graduação estudando neurociência com foco na neurobiologia da esquizofrenia. Sua diabetes agora está sob excelente controle, e sua equipe de cuidados inclui um endocrinologista, um nutricionista e um enfermeiro. Ele tem um monitor contínuo de glicose ligado a uma bomba de insulina que mantém o açúcar no sangue dentro de uma faixa saudável. Ele pensa em Roger todos os dias e imagina um momento

em que a doença de Roger será tratada com o mesmo compromisso e os mesmos recursos que o ajudaram a controlar a diabetes.

## A Crise

Essa história, uma integração de tantas tragédias individuais, é repetida quase cem mil vezes por ano nos Estados Unidos. Enquanto alguém como Roger pode acabar sem-teto ou preso, há quase a mesma probabilidade de que ele morra de uma complicação da esquizofrenia. Mesmo aqueles de nós que conhecem a doença mental intimamente podem não pensar nisso como fatal, assim como as doenças cardíacas ou o câncer são assassinos. Normalmente, quando vemos as palavras “doença mental” e “morte” na mesma frase, é para explicar um homicídio ou um tiroteio em massa.

As doenças mentais são, na verdade, grandes assassinos, não por homicídio, mas por suicídio. Há mais de 47 mil mortes por suicídio nos EUA a cada ano,<sup>2</sup> o equivalente a um tiroteio em massa de 129 pessoas a cada dia, todos os dias. Isso é um suicídio a cada onze minutos. Não só há quase três vezes mais suicídios do que homicídios a cada ano, mas o suicídio como causa<sup>3</sup> de mortalidade médica supera o câncer de mama, o câncer de próstata e a AIDS. Pelo menos dois terços,<sup>4</sup> alguns diriam 90%, dos suicídios resultam de depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia ou uma das outras categorias de doenças mentais.

Ao contrário de outros assassinos de grande escala, acidentes automobilísticos e homicídios, o suicídio nos EUA tem *crescido* em tendência, não diminuído, nas últimas décadas. A taxa de homicídios caiu quase 50% desde o início dos anos 1990.<sup>5</sup> E embora, globalmente, a taxa de suicídio tenha caído 38% desde meados da década de 1990,<sup>6</sup> nos EUA, em contraste, esta subiu gradualmente, de 1999 a 2018, aumentando em mais de 33%. Se considerarmos também overdoses de drogas e mortes por doença hepática alcoólica, tais mortes de desespero se tornaram tão prevalentes nos EUA em 2018 que estavam reduzindo a expectativa de vida geral dos EUA pela primeira vez em um século.

UM SURPREENDENTE RELATÓRIO DE 2006<sup>7</sup> da Administração de Serviços de Saúde Mental e Abuso de Substâncias — *Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)* — do governo federal dos EUA revelou que o suicídio era apenas parte do problema da mortalidade por doenças mentais. Quando os autores, Craig Colton e Ronald Mandersheid, vasculharam os registros de óbitos de oito estados, descobriram que pessoas com doenças mentais no sistema público de saúde (ou seja, no Medicaid\* ou Medicare†) morreram quinze a trinta anos antes do resto da população. A extensão da mortalidade precoce dependia do estado: em média, pessoas com doenças mentais morreram aos 49 anos no Arizona e aos 60 anos em Rhode Island. No geral, a expectativa de vida para aqueles com doença mental nos 8 estados estudados era de cerca de 50 anos, o que significa cerca de 23 anos de longevidade perdidos.

A causa dessa mortalidade precoce não era suicídio. Como observam Colton e Mandersheid, “As principais causas de morte para a maioria dos clientes públicos de saúde mental foram semelhantes às de indivíduos nos EUA e em populações gerais estaduais, especialmente doenças cardíacas, câncer e doenças cerebrovasculares, respiratórias e pulmonares. As pessoas com doenças mentais têm problemas médicos que levam à morte, especialmente se tiverem tratamento médico inadequado.” Enquanto os pais de Roger estavam preocupados que seu filho morresse cedo de esquizofrenia, eles ainda não haviam contado com a probabilidade de sua morte por doença pulmonar aos 55 anos. Mas o ponto mais importante é que as pessoas com doenças mentais estão perdendo um século de progresso médico, que aumentou a expectativa de vida para os norte-americanos de 55 anos para quase 80 anos.<sup>8</sup> Em outras palavras, em termos de expectativa de vida, esses norte-americanos vivem como no início da década de 1920.

\* Medicaid é um programa de saúde social dos Estados Unidos para famílias e indivíduos de baixa renda e recursos limitados. [N. da T.]

† Medicare é o sistema de seguros de saúde gerido pelo governo dos Estados Unidos destinado às pessoas de idade igual ou maior que 65 anos ou que atendam a certos critérios de rendimento. [N. da T.]

As doenças mentais não são apenas mortais, elas são incapacitantes. As pessoas com doenças mentais são atualmente o maior grupo de diagnóstico individual<sup>9</sup> de receptores com menos de 65 anos de idade que recebem o benefício de assistência à pessoa com deficiência do governo. Se o século XX foi a era do tratamento de doenças infecciosas agudas e fatais, a maioria dos especialistas em saúde pública prevê<sup>10</sup> que o século XXI será a era do tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes e doenças cardíacas. Para esses transtornos crônicos, a incapacidade pode ser mais importante do que a mortalidade, porque as pessoas sobrevivem por anos, mas podem ser incapazes de trabalhar ou cuidar de si mesmas. Da mesma forma, reduzir a incapacidade para pessoas com esses transtornos, incluindo aqueles com doença mental, deve ser a nossa definição de sucesso.

Como avaliamos a deficiência? Uma maneira de medir a deficiência é olhar para a prevalência e a gravidade de uma doença. As doenças mentais são certamente prevalentes. O NIMH estima que cerca de um em cada cinco adultos dos EUA têm uma doença mental.<sup>11</sup> Esse número abrange uma ampla gama de distúrbios, desde fobias de aranha até esquizofrenia, muitos dos quais podem ser leves ou moderados em gravidade e, em última análise, têm pouco impacto no trabalho ou na função. Os transtornos mentais que causam deficiência ou incapacidade se enquadram na categoria de transtorno mental grave ou TMG.

Não há nenhum teste diagnóstico preciso para transtorno mental grave. Roger estaria dentro dos números de transtorno mental grave. Muitas pessoas com diagnósticos como esquizofrenia, transtorno bipolar, transtorno depressivo maior, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), anorexia nervosa e transtorno de personalidade borderline se enquadrarão nessa categoria de TMG. Geralmente, as pessoas com doença mental que têm “comprometimento funcional grave,<sup>12</sup> que interfere substancialmente ou limita uma ou mais atividades importantes da vida” são consideradas como tendo TMG. Mas minha definição favorita de TMG vem de Patrick Kennedy,<sup>13</sup> que, tanto como membro do Congresso quanto, mais recentemente, como defensor da saúde mental,

tem sido um defensor de pessoas com TMG. Certa vez, ele definiu doença mental grave como “qualquer transtorno mental que afete alguém que você ama”. De acordo com o governo federal, cerca de um em cada vinte adultos norte-americanos atende aos critérios para TMG.<sup>14</sup> Outros 6% das crianças e jovens norte-americanos atendem aos critérios de desregulação emocional grave (DEG),<sup>15</sup> categoria de incapacidade equivalente à TMG em adultos.

A incapacidade é definida pelos epidemiologistas como “anos de vida produtiva perdidos”. O estudo Carga Global de Morbidade,<sup>16</sup> que monitora estatísticas de saúde em todo o mundo, classifica 369 causas de incapacidade, tanto de doenças como de lesões. A partir desse estudo contínuo, a doença mental é a causa número um de anos perdidos por incapacidade.<sup>17</sup> Essa estatística pode parecer inacreditável, mas pode ser explicada pelo início precoce da doença mental. Ao contrário de quase todas as outras fontes médicas graves de incapacidade, 75% das pessoas com doença mental relatam o início antes dos 25 anos.<sup>18</sup> Combinado com a alta prevalência, o início precoce muitas vezes significa uma vida com deficiência. E qual é a tendência? A estatística global de incapacidade para a saúde mental aumentou 43% de 1990 a 2016.<sup>19</sup>

Além dessas estatísticas surpreendentes, e que estão se tornando piores, sobre morte e incapacidade, a doença mental vem com um preço impressionante.<sup>20</sup> O aumento dos custos de medicamentos, internações e cuidados de longo prazo tem sido descrito como uma das maiores ameaças à nossa economia. Menos conhecido é que, em 2013, os transtornos mentais lideraram a lista das condições médicas mais caras, com a conta superando US\$ 200 bilhões<sup>21</sup> para os transtornos mentais e o abuso de substâncias nos EUA, representando 7,5% de todos os gastos médicos, um número que provavelmente aumentará por causa da epidemia de opiáceos e das consequências para a saúde mental<sup>22</sup> devido à pandemia da Covid-19.

Seja em termos de morte ou de incapacidade, pessoas como Roger estão vivendo uma tragédia americana. Acho intrigante que esses números e as tendências que representam, um aumento de 33% na mortali-

dade, um aumento de 43% na morbidade, um preço de US\$ 200 bilhões, não fazem parte de nossas conversas nacionais sobre saúde, assistência médica ou economia. Afinal, se víssemos *um aumento* de 12 mil mortes — o equivalente a um 747 cheio de pessoas caindo a cada duas semanas —, independentemente da causa, médica ou não, crê-se que chamaríamos de crise e responderíamos de acordo.

Mas essa crise é diferente da pandemia da Covid-19 ou da epidemia anterior de AIDS, emergências de saúde pública desencadeadas por uma doença emergente. A crise de saúde mental não é resultado de um aumento da prevalência ou de uma nova doença. De fato, quase todas as doenças mentais modernas têm sido parte da condição humana há muito tempo. A crise da saúde mental é simplesmente uma crise de cuidados. A tragédia para Roger não foi que ele desenvolveu esquizofrenia. A tragédia foi que ele não recebeu as intervenções que poderiam salvar sua vida.

## Uma Abordagem Diferente

Depois que Gavin Newsom foi eleito governador da Califórnia no fim de 2018, ele solicitou US\$11 bilhões do estado para ajudar a transformar o sistema de saúde mental. A Califórnia, a quinta maior economia do mundo, há muito luta para fornecer cuidados adequados aos seus 2 milhões de cidadãos com TMG. De fato, os rankings da qualidade dos cuidados de saúde mental nos cinquenta estados localizaram a Califórnia na metade inferior,<sup>23</sup> com base no acesso e nos resultados. Nosso primeiro encontro ocorreu em um escritório pouco mobiliado, a duas quadras do Capitólio, em Sacramento, quatro semanas antes de sua posse. Ele começou a conversa com uma confissão surpreendente. “Quando fui prefeito [de São Francisco], reconheci a importância de abordar a falta de moradia e a aglomeração das prisões, mas perdi completamente a causa básica: doença mental grave não tratada. Eu não quero cometer esse erro novamente.” A Califórnia tinha mais da metade dos desabrigados no país, e tantas pessoas estavam encarceradas que os prisioneiros estavam sendo enviados para instalações em outros estados. Agora

governador eleito, Newsom sabia que precisava agir mais uma vez, mas desta vez ele entendeu o problema como uma crise de cuidados.

Concordei em passar um ano viajando pelo estado como olhos e ouvidos do governador, testemunhando a crise e ouvindo as pessoas com soluções. Minha odisseia me levou do alto deserto do interior para a costa, de clubes e clínicas a acampamentos de sem-teto e casas de recuperação. Uma das minhas primeiras paradas foi em São Francisco, para me encontrar com Steve Fields, um veterano comunitário e ativista, com décadas de experiência servindo pessoas como Roger. A história de Steve começou em 1969, quando ele era um objetor de consciência contra a Guerra do Vietnã. Durante a época do projeto, ele e outros comandantes precisavam de um projeto de serviço público para substituir o serviço militar. Situado em Haight-Ashbury, em São Francisco, no fim da década de 1960, o serviço público parecia criar um centro de recuperação para pessoas com TMG liberadas do Hospital Estadual de Napa como parte do movimento de desinstitucionalização. Ele construiu a Progress House como um santuário, com moradia de curto prazo e apoio psicológico. Quando visitei Steve em 2019, ele estava planejando sua celebração do 50º aniversário para o que agora é a Progress Foundation, instalada em um antigo prédio de bombeiros no centro de São Francisco, onde ele supervisiona vários centros residenciais de tratamento de crise e de longo prazo.

Perguntei a Steve sobre Roger. O que ele aprendeu em cinquenta anos nas linhas de frente da intervenção de crise para pessoas em psicose aguda? Steve, que há muito tempo trocou seu rabo de cavalo loiro e suas sandálias por cachos grisalhos e mocassins, explicou: “Leitos em hospitais nunca foram a resposta certa para a maioria das pessoas. Casas de recuperação, na época, não funcionavam porque eram sobre moradia e não sobre tratamento. O que funciona é uma série de programas focados no tratamento que forneçam moradia, rotina e tratamento, mas, acima de tudo, apoio social. Pessoas com doença mental grave se sentem rejeitadas e sem esperança. Hospitalização não corrige isso. Cuidados comunitários que garantem a reabilitação requerem pessoal,

tempo e dinheiro. Mas funciona. Para as pessoas que passam pelo nosso sistema residencial, menos de um 1% estão de volta aos atendimentos hospitalares de urgência sete anos depois.”

Steve está descrevendo um sistema de atendimento que teria evitado o declínio de Roger e o desespero de seus pais. Idealmente, a doença de Roger teria sido detectada e tratada muito antes de sua “ruptura”. Hoje sabemos que a maioria das pessoas com TMG desenvolve psicose após dois ou três anos de mudanças mais sutis. Aos poucos, ficam preocupados com pensamentos bizarros, às vezes paranoicos, distanciam-se de amigos e familiares e podem ter problemas de concentração. Essa fase, agora chamada de “pródromo”,<sup>24</sup> pode representar um período crítico para a interrupção da psicose com psicoterapia intensiva.

Contudo, mesmo que a ruptura se apresentasse como se apresentou, imagine este cenário diferente. A chamada em uma crise não é para a polícia ou para os bombeiros, mas para o 988. A central 988\* pode servir como um controlador de tráfego aéreo, com acesso ao GPS, um registro de leitos, bem como uma conexão prioritária com a polícia, se necessário. A central 988 disponibiliza uma van com equipe de crise móvel, incluindo uma enfermeira psiquiátrica, uma assistente social e um par, alguém com vivência com psicose aguda. A equipe trabalha com Roger e sua família, potencialmente o dia todo, para neutralizar a crise imediata, iniciando uma conversa com Roger, ouvindo suas preocupações e aliviando o pânico. A enfermeira tem apoio de telessaúde para perguntas médicas e acesso aos registros médicos de Roger. O assistente social educa a família sobre as opções de cuidados comunitários a considerar. E o colega senta-se com Roger para ouvi-lo e tranquilizá-lo, com base em sua própria experiência. Juntos, eles decidem que, para a segurança

---

\* O número 988 foi designado como o novo código de discagem de três dígitos que encaminhará para o National Suicide Prevention Lifeline. Embora algumas áreas possam se conectar ao Lifeline discando 988, esse código de discagem estará disponível para todos nos Estados Unidos a partir de julho de 2022. No Brasil, em caso de crise psiquiátrica é necessário discar 192; o SAMU encaminhará o paciente para a unidade de pronto atendimento (UPA) ou hospital mais próximo para contenção da crise. [N. da T.]

de Roger, uma estadia em uma unidade de estabilização de crise psiquiátrica o ajudará a encontrar alívio para sua angústia e voltar a uma rotina de sono e refeições regulares.

Durante sua permanência de sete dias na unidade, Roger conhece outros adolescentes e alguns adultos que estão lutando contra doenças mentais. Pela primeira vez, depois de meses de isolamento, ele percebe que não está sozinho. Ele conhece um treinador, que lutou contra a psicose quando era adolescente. Mas o treinador não fala sobre conspirações, alienígenas ou a CIA — ele ajuda Roger a criar um plano de três meses para atingir metas muito específicas: segurança pessoal em casa, sucesso na escola, seu primeiro encontro com uma garota. Roger também se consulta com um psiquiatra, que lhe dá medicação para seus “pensamentos estúpidos” e explica os efeitos colaterais que eles vão gerenciar juntos para que a medicação não interfira em seus objetivos. E ele recebe uma equipe, incluindo uma assistente social e um terapeuta ocupacional, que o ajudará pelos próximos seis meses para guiá-lo na escola, planejar a faculdade e conseguir um emprego de meio período a fim de evitar o isolamento e a ruminação mental. Eles falam sobre o quanto de sua experiência ele deve compartilhar na escola e como explicar sua ausência. A equipe acredita na tomada de decisão partilhada, o que significa que Roger tem livre arbítrio em cada passo. E eles lhe dão esperança de que a doença mental é real, mas não precisa defini-lo.

Enquanto isso, os pais de Roger e de Owen se juntam a um grupo de apoio familiar administrado pela divisão local da Aliança Nacional sobre Doenças Mentais — *National Alliance on Mental Illness* (NAMI) —,<sup>25</sup> onde podem aprender estratégias para gerenciar doenças mentais e evitar incapacidades, mesmo quando Roger não reconhece sua doença. Outros pais lhes dizem para não confrontar os delírios de Roger; eles devem tentar se relacionar com o “Roger não louco”, envolvendo-o em objetivos práticos que ele quer dominar.

Na sua primeira reunião, eles aprendem que o que eles têm chamado de “ruptura” realmente é como uma perna fraturada. Requer cuidados