

ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA MUNDO AFORA: PRÁTICAS DE RESISTÊNCIA E GARANTIA DE DIREITOS

Worldwide psychiatric assistance: practices of resistance and guarantee of rights.

Luciane Prado Kantorski¹
Ana Paula Muller de Andrade²

Artigo encaminhado: 04/04/2017
Aceito para publicação: 12/06/2017

RESUMO: Este trabalho visa discutir a garantia de direitos no âmbito de experiências mundiais de estratégias de enfrentamento do sofrimento psíquico, entendidas como práticas de resistência. Trata-se de um ensaio teórico sobre as experiências do Movimento de Ouvidores de Vozes, do Project Icarus e Freedom Center e do Diálogo Aberto. Conclui-se que o reconhecimento de tais experiências pode contribuir para a construção de outros discursos para o enfrentamento do sofrimento psíquico e a garantia da oferta de assistência psiquiátrica pautada nos direitos humanos.

Palavras-chave: Sofrimento psíquico. Assistência psiquiátrica. Direitos humanos.

ABSTRACT: This work aims to discuss the guarantee of rights in the context of world experiences of coping strategies of psychological suffering, understood as practices of resistance. This is a theoretical essay on the experiences of the Hearing Voice Movement, the Project Icarus and Freedom Center and the Open Dialogue. It is concluded that the recognition of such experiences can contribute to the construction of other discourses for coping with psychological suffering and guaranteeing the provision of psychiatric care based on human rights.

Keywords: Psychic suffering. Psychiatric care. Human rights.

1 INTRODUÇÃO

Os direitos humanos emergem na modernidade, marcados pelo discurso dominante ocidental-liberal com ênfase nos direitos individuais, na preeminência dos direitos cívicos e políticos sobre os direitos econômicos, sociais e culturais (SANTOS, 1997). Para o autor, considerando a complexidade do assunto, os direitos humanos não são universais em sua aplicação e poderiam ser concebidos tanto como globalização hegemônica quanto como globalização contra-hegemônica. Nesse sentido, Santos propõe um diálogo intercultural

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem e Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da UFPEL

² Psicóloga, Doutora em Ciências Humanas, Pós-doutoranda na Faculdade de Enfermagem da UFPEL.

sobre a dignidade humana que poderia permitir uma concepção mestiça dos direitos humanos, que “se organiza como uma constelação de sentidos locais, mutuamente inteligíveis, e se constitui em redes de referências normativas capacitantes”. (p.22)

Com a assunção dos direitos do cidadão, resultante da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), o reconhecimento e a proteção dos mesmos passaram a fazer parte dos estados democráticos. Entretanto, tais direitos não atingem a todos, menos ainda aqueles considerados como desviantes ou incapacitados para os atos da vida civil porque destituídos de razão. Destacamos aqui a condenação recente do Brasil na Corte Internacional dos Direitos Humanos pela morte de Damião Ximenes, vítima da violação dos direitos humanos (LIMA; PONTES, 2015), que evidencia a pouca ou nenhuma consideração com as pessoas consideradas loucas.

Como apontam Lima e Pontes (2015), ainda que o Estado brasileiro tenha feito avanços em termos da reorientação da assistência psiquiátrica no país, a garantia dos direitos das pessoas com algum tipo de transtorno mental ainda é temática a ser explorada com maior vigor. Para os autores, é necessário repensar a relevância do marco jurídico para a ampliação dos direitos no âmbito da saúde mental.

A garantia de direitos tem orientado muitas práticas em saúde mental, especialmente voltadas para sujeitos que, historicamente, foram destituídos desta condição. Como aponta Amarante (1995a, p.494), as críticas ao asilo e as transformações ocorridas no campo da saúde mental propõem o reconhecimento dos sujeitos e seus direitos e argumentam que o “doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico”.

As práticas tidas como transformadoras no campo da saúde mental têm como base o entendimento de que é possível construir outras formas de se enfrentar o sofrimento psíquico, e que tais formas precisam ter a participação das pessoas que sofrem, das pessoas que com elas convivem, sejam suas famílias ou suas redes sociais. Preveem também que os sujeitos sejam

considerados em sua complexidade, garantindo seus direitos de maneira ampliada.

As estratégias que estes possam construir em conjunto com suas famílias e redes sociais são recursos importantes para o rompimento do isolamento, exclusão e estigmatização a que estão submetidos quando a única possibilidade de enfrentamento é aquela ofertada pelo modelo psiquiátrico tradicional, ou seja, os hospitais psiquiátricos.

Após a Segunda Guerra Mundial, o contexto de preocupações com relação à impotência terapêutica da psiquiatria, os altos índices de cronificação das doenças mentais e de incapacitação social redimensionou o campo teórico assistencial da psiquiatria, configurando dois grandes períodos de crítica e proposições reformistas, a saber: movimentos de crítica à estrutura asilar, envolvendo reformas circunscritas ao interior do hospício como a psicoterapia institucional (na França) e as comunidades terapêuticas (na Inglaterra e Estados Unidos), atingindo seu extremo com as terapias de família; e num segundo momento a psiquiatria de setor (França) e a psiquiatria comunitária ou preventiva (Estados Unidos), que de certa forma superam as propostas anteriores, expandindo as reformas para além do espaço asilar (BIRMAN; COSTA, 1994).

Neste contexto, temos a emergência da antipsiquiatria (Inglaterra) e das experiências italianas que surgem a partir do trabalho de Franco Basaglia e sua equipe, enquanto rupturas, com as propostas de reforma apresentadas até então, por questionarem “o próprio dispositivo médico-psiquiátrico e as instituições e dispositivos terapêuticos a ele relacionados” (AMARANTE, 1995b, p.29).

Segundo Toresini e Mezzina (2010), muitas experiências desenvolvidas no contexto mundial têm demonstrado a possibilidade de criação de práticas voltadas para o respeito aos sujeitos e que garantam os direitos de pessoas acometidas por algum tipo de sofrimento psíquico, por meio da valorização de suas experiências. Para Mezzina (2010), a característica comum destas experiências é que, à revelia das diferenças econômicas, culturais, de modelos e programas, elas têm mostrado que é possível produzir saúde mental voltada

para a vida dos sujeitos, com respeito aos seus direitos e valorização de suas experiências para além de suas doenças.

Dentre as críticas aos asilos e ao saber psiquiátrico, destacamos a proposição de Basaglia (1985) de que seria necessário colocar a doença entre parênteses para poder redimensionar as práticas no campo da saúde mental. Ao suspender a doença, os sujeitos e suas experiências seriam evidenciados. O autor sugeriu colocar “entre parênteses todos os esquemas, para ter a possibilidade de agir em um território ainda não codificado ou definido” (idem, p. 29).

Nesse sentido, a possibilidade de adotar o sujeito como eixo central das práticas, que se contrapõe ao saber psiquiátrico (Foucault, 1996) no campo da saúde mental, implica pensar os direitos não como imutáveis e universais, mas “garantir e afirmá-los enquanto diferentes modos de sensibilidade, diferentes modos de viver, existir, pensar, perceber, sentir; enfim, diferentes modos e jeitos de ser e estar neste mundo.” (COIMBRA, 2001, p.142)

A proposta deste trabalho é, partindo de iniciativas desenvolvidas no contexto mundial, apontar para a questão de como os direitos vão sendo conquistados e constituídos, a partir da legitimação de diferentes experiências e da possibilidade de diálogo entre elas, tal como apontado por Santos (1997) sobre uma concepção multicultural dos direitos humanos. Para o autor, “no caso de um diálogo intercultural, a troca não é apenas entre diferentes saberes, mas também entre diferentes culturas, ou seja, entre universos de sentido diferentes e, em grande medida, incomensuráveis” (idem, p.23).

2 MÉTODO

Este estudo consiste num ensaio teórico que se propõe a discutir sobre experiências de enfrentamento do sofrimento psíquico tais como o Diálogo Aberto, que surge na Finlândia, o Movimento de Ouvidores de Vozes, que emerge na Holanda, e o Project Icarus desenvolvido em parceria com a Freedom Center nos Estados Unidos e que problematiza a questão dos

psicofármacos. A característica comum de tais experiências é a centralidade dispensada aos sujeitos no desenvolvimento das práticas assistenciais.

As análises teóricas são apresentadas enfocando o sujeito em sofrimento psíquico, seu protagonismo, sua legitimidade nas relações de poder e possibilidades de resistir ao saber psiquiátrico. Além disso, as análises enfocam a emergência de um contradiscurso no campo da saúde mental e apontam para a garantia de direitos para os sujeitos.

3 DIREITOS, SUJEITOS E A EMERGÊNCIA DE UM CONTRADISCURSO.

As críticas aos manicômios e ao saber psiquiátrico instituíram diferentes práticas assistenciais em saúde mental. Amparadas, dentre outras, nas obras de Foucault (1999) e Goffman (1999), tais práticas buscaram superar uma profunda divisão entre aqueles que cuidavam e aqueles que são cuidados que, não raro, se desdobravam em práticas de violação dos direitos humanos. Tais autores alegam que as instituições totais, tais como os asilos, tem por objetivo disciplinar, controlar e, se necessário, punir os sujeitos.

A lógica manicomial, própria deste tipo de instituição representa um conjunto de concepções sobre a loucura e os loucos (GOFFMAN, 1999). O sujeito considerado sem razão, nesta lógica, é destituído das possibilidades de escolha, de vontade, enfim, da possibilidade de existir. Transformado, ou melhor, reduzido à sua doença mental, passa a ser tratado como tal, através de técnicas consideradas eficientes para o tratamento da mesma. Tais técnicas se caracterizam pela violação de direitos básicos a qualquer ser humano, centram-se na medicação e isolamento e são devidamente justificadas pelas concepções que conformam a lógica da qual fazem parte.

Para Foucault (1999), o manicômio é o lugar onde a psiquiatria clássica faz funcionar um discurso de verdade, baseado na objetivação da experiência e sua devida classificação em um quadro nosográfico que demanda cuidado-controlado. Para o autor, o funcionamento e manutenção dos manicômios visam,

sobretudo, a produção de saberes que confirmem continuamente o poder de quem controla, vigia e disciplina.

A objetivação de tais experiências pelo saber psiquiátrico (FOUCAULT, 1996) transforma as mesmas em doença mental e as encerra em categorias diagnósticas. A partir daí, o sujeito desaparece dando lugar à sua doença e ao conjunto das impossibilidades decorrentes dela. Entretanto, apesar dos diagnósticos psiquiátricos terem caráter prescritivo e normatizador, as maneiras através das quais as pessoas se relacionam com eles dizem respeito ao contexto no qual eles são enunciados e, em geral, os sujeitos não os acatam sem a elas impor alguma resistência.

Outro aspecto importante neste sentido diz respeito ao fato de que os enunciados, que conformam os discursos, como aponta Foucault (2009), estão relacionados - ao contexto sócio-histórico, político, econômico e cultural em que emergem. Assim, dizem respeito a um determinado momento em que é possível dizer o que se diz e ver o que se vê.

O discurso, como argumenta Foucault (2009), é entendido como uma prática, onde determinadas regras estão dispostas e designam um conjunto de enunciados que atendem a uma demanda por uma vontade de verdade. A partir da ideia de Foucault, Deleuze (1996) argumenta que o sujeito é uma variável, ou melhor, um conjunto de variáveis de enunciado. O sujeito é um dos lugares possíveis no contexto da enunciação. Para Deleuze (1996, p.63): “Objetar que existem enunciados ocultos é, apenas, constatar que há locutores e destinatários variáveis segundo os regimes ou as condições.” Uma das formas de manutenção dos discursos são as instituições.

Como apontado anteriormente, as críticas ao saber psiquiátrico e seus efeitos possibilitaram a emergência de experiências que, de diferentes maneiras, buscaram romper com o mesmo e consolidar outras possibilidades de compreender as experiências de sofrimento psíquico. Essas experiências apontam para o que Cardano e Lepori (2012) denominam como um “contradiscurso”, capaz de disparar processos de despatologização da alteridade. Para o autor, esse contra-discurso emerge em conjunto com

práticas de resistência (FOUCAULT, 1995) às práticas sociais nas quais a diferença é sempre reduzida a uma patologia.

No contexto de tais experiências se produzem modos de ser e estar no mundo e também formas ou maneiras de lidar com o sofrimento psíquico. Nesse sentido, entende-se que a experiência de enfrentamento do sofrimento psíquico por pessoas que, por terem tido oportunidade de acessar recursos que tomam a liberdade como um pressuposto, podem produzir e instituir novos significados para suas experiências. Em contextos de isolamento, o que se evidencia é a violência, o abandono e terapêuticas muito semelhantes às práticas de tortura, que por muito tempo se mantiveram nos hospitais psiquiátricos e que se justificavam por meio de teorias sobre a doença mental, criadas pela psiquiatria, no intuito de se adequar aos parâmetros da ciência médica.

Tais experiências remetem às questões de saber e poder, implicados nas complexas relações travadas pelos sujeitos, uma vez que são mediadores em torno da discussão sobre o sofrimento psíquico. Encontram-se num campo de disputas entre forças distintas, muitas vezes opostas. Em contextos em que a concepção da psiquiatria tradicional ainda é hegemônica e onde as relações são extremamente hierárquicas, ainda que as disputas no campo da assistência psiquiátrica se acentuem. As práticas tendem a impedir a circulação do poder e acabam se traduzindo em relações de violência, onde não há liberdade por alguma das partes da relação.

Segundo Foucault (1987), o poder é difuso, encontra-se em toda parte e dá-se em relações de forças em disputa. Para o autor não há poder sem saber e é esse saber-poder que captura a vida de distintas maneiras, fazendo emergir indivíduos sujeitados às estratégias presentes neste campo de forças. Entretanto, o autor argumenta que nessas relações de forças sempre estão presentes as estratégias de resistência. Sendo difuso e relacionado a um campo de forças, o poder circula e nunca consegue garantir efeitos permanentes, uma vez que os indivíduos têm a possibilidade de inventar e criar outras forças que se contrapõem às já existentes nas relações de poder.

A invenção de outras forças implica na capacidade de construção conjunta, em que a garantia de direitos, o reconhecimento dos sujeitos e seu protagonismo sejam capazes de instituir um novo conceito de saúde, que supere as limitações do modelo biomédico. Exige capacidade para a reinvenção, o que só parece possível ser feito em conjunto, com todos os envolvidos na construção de outros modos de ofertar assistência psiquiátrica e/ou auxiliar no alívio do sofrimento psíquico.

A construção de outras estratégias de enfrentamento do sofrimento psíquico demanda a utilização de múltiplos recursos, da diversidade e ampliação de saberes capazes de compreender e produzir a saúde de maneira ampliada, por meio de práticas que se contraponham às violações de direitos e apagamento dos sujeitos. Além disso, tais estratégias devem contemplar propostas capazes de superar a simples assistência e incorporar novas formas de enfrentar o sofrimento psíquico, contribuindo para a invenção de novas perspectivas de vida e subjetividades para os sujeitos.

Nesse sentido, as experiências apresentadas neste trabalho representam práticas de resistência ao saber psiquiátrico ainda hegemônico na cultura ocidental. Ao garantir direitos, tais experiências instituem outros modos de relação que tais sujeitos podem estabelecer com os outros, consigo e com suas experiências de sofrimento psíquico, tendo a possibilidade de conferir um estatuto epistemológico aos seus saberes (ANDRADE; MALUF,2014).

4 EXPERIÊNCIAS MUNDO AFORA: RESISTÊNCIA E GARANTIA DE DIREITOS

As reformas psiquiátricas se constituíram em um campo denominado campo da resistência (BASAGLIA, 1979), onde é necessário que se sobreponha ao pessimismo da razão o otimismo da prática. Basaglia encontra nas palavras de Antonio Gramsci apoio para dizer que a psiquiatria e a ciência dominante se ancoram no conformismo do técnico tradicional, no pensamento de que não há nada diferente que possa ser feito, de que não há nada que possa ser mudado e a isto chama de pessimismo da razão.

Além das reformas psiquiátricas, outras experiências têm demonstrado que é possível se contrapor ao pessimismo da razão e apostar no otimismo da prática e instituir discursos capazes de romper com a razão aprisionadora, em práticas mais ou menos sutis, mas capazes de produzir resistências aos saberes instituídos. Diferentes iniciativas, mesmo que em contextos em que o manicômio não está superado, têm buscado superar práticas de exclusão, que engessam os corpos e as subjetividades, que medicalizam as expressões da vida. Neste sentido, têm constituído estratégias de assistência psiquiátrica que privilegiam a garantia de direitos.

Neste solo nascem iniciativas como o Diálogo Aberto, o Movimento dos Ouvidores de Vozes, e o Projecto Icarus e Freedom Center, dentre outros, com objetivos em comum e que demonstram a possibilidade de instituir outros modos de ofertar assistência psiquiátrica, através de histórias e narrativas que curam, da agregação de pessoas bem como da aposta nas interpretações possíveis que os sujeitos têm sobre seus sofrimentos e seus tratamentos. Além disso, tais experiências revelam como as pessoas passam a instituir outros modos de se relacionar com o seu meio social, como é necessário reconhecer o saber produzido pelos sujeitos no âmbito da assistência psiquiátrica-, como as pessoas se organizam para gerir seu tratamento, diminuir o uso de medicamentos, controlar a escuta de vozes, enfim, produzir saúde e mudar a própria vida.

Discorreremos sobre algumas experiências como o Diálogo Aberto, o Movimento de Ouvidores de Vozes e o Icarus Project e Freedom Centre, enfatizando seu potencial de instituir, de modo mais ou menos explícito, práticas que entendemos como de resistência ao saber psiquiátrico e que se apoiam na expressão do desejo, da vontade e do saber de sujeitos, antes silenciados, invisibilizados e reduzidos aos rótulos conferidos pelos diagnósticos psiquiátricos prescritos.

O Diálogo Aberto surgiu na Lapônia – Finlândia – em meados de 1980, como uma estratégia para atender a crise psíquica nas primeiras 24 horas, após sua emergência. Nesse sentido, prevê a participação da pessoa em crise,

sua família e sua rede social imediata, desde o primeiro contato feito pela equipe de profissionais responsável pelo atendimento.

Na década de 1960, o professor Yrjö Alanen e seus colegas em Turku - Finlândia, a partir da psicoterapia individual psicodinâmica, desenvolveram o modelo “Need-Adapted approach”, que focalizava a intervenção precoce na esquizofrenia, um planejamento do tratamento continuado, integrando diferentes métodos terapêuticos, voltado às necessidades de cada paciente e sua família. Este modelo serviu de inspiração e foi modificado por Jakko Seikkula, professor do Departamento de Psicologia da Universidade de Jyväskylä – Finlândia.

O Diálogo Aberto é, assim, uma modificação originada do modelo “Need-Adapted approach”, criado por Jakko Seikkula, que foi se aprimorando a partir do início dos anos de 1980, na Finlândia, inspirado na visão sistêmica de família e rede social, focalizando a abertura do diálogo. Na metodologia adotada, organiza-se o tratamento para todas as pessoas em sofrimento psíquico dentro de seu próprio sistema de apoio específico, sua família e rede social, e se estabelece o diálogo como prática terapêutica dentro das unidades de tratamento constituídos de equipes móveis de intervenção nas crises psíquicas. (SEIKKULA, ALAKARE e AALTONEN, 2001; SEIKKULA, 2011; SEIKKULA, 2014).

O interessante desta experiência de enfrentamento do sofrimento psíquico, que surge da prática das reuniões de tratamento que inclui a pessoa em crise, sua família e sua rede social, consiste em identificar no diálogo o seu potencial do tratamento, no momento em que parte das necessidades e possibilidades de construção conjunta de soluções para os problemas que se apresentam, contribuindo para o reposicionamento do sujeito em crise.

A inclusão da rede social, tal como proposta pela estratégia do Diálogo Aberto, incorporou-se culturalmente ao sistema de tratamento na Lapônia, num sistema de cuidado em saúde que se enraizou em uma comunidade bem delimitada (com cerca de 72.000 habitantes), em sua maioria de etnia finlandesa, de religião protestante e industrializada. (SEIKKULA, 2014).

Neste contexto, a prática do Diálogo Aberto se constitui e se institui como cuidado compartilhado com a comunidade. É importante evidenciar que a inclusão da rede social no tratamento se apresentou como um desafio organizativo, mas, sobretudo, cultural, que exigiu uma série de investimentos que foram além daqueles financeiros e de gestão, que buscaram enfatizar a mobilização de pessoas a partir de uma lógica de comunidade.

Segundo Borg et al. (2009) foi assim que o Diálogo Aberto se constituiu como novo modelo abrangente de organização de serviços de saúde mental, em uma área geográfica para pessoas com diagnóstico de psicose, com a implementação de métodos clínicos, enfatizando a estreita colaboração com a pessoa em crise, a família e a rede social. A estrutura organizacional no oeste da Lapônia conta com uma unidade de internação com 30 leitos hospitalares de cuidados agudos e 5 clínicas ambulatoriais de saúde mental. A estrutura possui equipes móveis que tornam acessível ao corpo clínico as necessidades específicas de um determinado paciente.

Um investimento importante foi o fato de cerca de 100 profissionais terem participado de um processo de formação de três anos em terapia familiar, conduzida no trabalho, em cooperação com a universidade.

O termo Diálogo Aberto foi usado pela primeira vez em 1995 para descrever este tratamento, que inclui a família inteira e a rede social do paciente, centrado em dois aspectos: nas reuniões conjuntas e na construção polifônica, onde todos os membros participam desde o início para gerar o novo entendimento através do diálogo. Estes foram os princípios que serviram como orientadores de todo o sistema de tratamento psiquiátrico público nesta região. Deste modo, no oeste da Lapônia, desenvolve-se um sistema de atendimento à crise, através do Diálogo Aberto, enquanto método oficial do sistema de saúde pública para todo o território (SEIKKULA, 2014).

Atualmente, vários países do mundo como Noruega, Estados Unidos, Bélgica, Austrália, Reino Unido, Polônia, Canadá, Itália, expressam interesse no desenvolvimento da estratégia do Diálogo Aberto. Esse interesse tem sido considerado através de experiências de implementação de projetos de

assistência, de projetos de capacitação de pessoas para sua viabilização, de projetos de pesquisa, enfim, ações visando à replicabilidade desta experiência.

O objetivo central da estratégia consiste em gerar um diálogo entre as pessoas envolvidas com o sujeito em sofrimento psíquico e possibilitar a verbalização das experiências vivenciadas durante a crise psicótica. Para isso, deve-se incluir nas reuniões de tratamento, tanto quanto possível, pessoas significativas da rede social do sujeito a ser assistido. Assim, todas as questões são analisadas e tratadas com todos os presentes, ou seja, nenhuma questão é tratada na ausência do paciente, de sua família e sua rede social, garantindo a participação de todos nas decisões a serem tomadas.

O tratamento, segundo Seikkula (2003, 2014), é adaptado às necessidades específicas do sujeito e ocorre em domicílio, sempre que possível. A continuidade psicológica é garantida através da construção de equipes integradas voltadas à geração de diálogo com a família e com o sujeito que sofre. Ao contrário da terapêutica medicamentosa, que visa à remissão dos sintomas psicóticos, a estratégia é apostar no diálogo sobre tais sintomas. Para tanto, são necessários encontros frequentes que, por vezes, podem ocorrer todos os dias pelo menos para os primeiros 10-12 dias, com o intuito de oferecer segurança ao sujeito e sua família. Destaca-se a relevância da garantia do acompanhamento durante a crise e todo o período de tratamento, com frequência e recursos terapêuticos necessários, seja no domicílio ou nos serviços da rede.

A partir daí, são organizadas reuniões regulares de acordo com os desejos do sujeito e sua família. Outro aspecto importante é que se evita fazer um contrato terapêutico detalhado no período de crise e não se preconiza iniciar o uso de neurolépticos na primeira reunião. Ao contrário, se entende que a sua pertinência deve ser discutida em, pelo menos, três reuniões antes da implementação (SEIKKULA, 2003; ARNKIL; SEIKKULA, 2012; SEIKKULA, 2014).

Uma das grandes contribuições do Diálogo Aberto, além de seus ótimos resultados demonstrados na atenção à crise psicótica, consiste em criar um sistema de circulação da palavra, uma afirmação do sujeito em crise e seus

familiares, ou seja, o otimismo de uma prática que aponta para a constituição de outros discursos capazes de resistir ao saber psiquiátrico.

Numa reunião de tratamento em que está presente o sujeito, seus familiares, sua rede social diretamente implicada, constitui-se uma polifonia de vozes. Conforme afirma Bakhtin (1997), o autor de um romance polifônico não pode controlar a ação dos personagens e a única maneira de sobreviver é estar em diálogo com eles. Quando reunidos com os sujeitos envolvidos no atendimento, os profissionais também não controlam o diálogo, nem definem as intervenções, mas passam a compor este conjunto de vozes em diálogo numa construção conjunta. E é nesta construção conjunta que todos integrantes decidem cada passo do tratamento e encontram as possíveis soluções para os problemas que se apresentam (SEIKKULA, 2011).

No Diálogo Aberto, o sujeito desempenha um papel determinante na definição de como proceder, pois o próprio diálogo precisa criar uma linguagem na qual todas as vozes possam ser ouvidas, tanto do sujeito em crise como daqueles mais próximos a ele (SEIKKULA, 2002; SEIKKULA, ARNKIL e ERIKSSON, 2003; SEIKKULA, 2008).

A aposta na polifonia, tal como proposta por Bakhtin (1997), faz com que as vozes se mantenham independentes e se articulem de modo a formar uma unidade, sem a necessidade de subordinação umas pelas outras.

A outra estratégia surgiu nos anos oitenta, em Utrecht, na Holanda, com o objetivo de reconhecer quais os sentidos que os sujeitos conferiam para suas crises psíquicas e, em especial, para a experiência de ouvir vozes e, por isso, foi denominado de Movimento dos Ouvidores de Vozes.

Tal movimento deriva do encontro do psiquiatra Marius Romme e sua paciente Patsy Hage, diagnosticada com esquizofrenia e risco de suicídio, em uso de antipsicóticos e ouvidora de vozes. Em suas consultas com Romme, Patsy insistia em dar outro sentido para sua experiência de ouvir vozes, alegando que se ele podia acreditar em um Deus que não via, então podia crer nas vozes que ela referia ouvir. Decorreu da iniciativa de Romme e Patsy em compartilhar a sua experiência de ouvir vozes com outros ouvidores os

primeiros grupos de ouvintes de vozes na Holanda (ROMME; ESCHER, 1997).

Nestes grupos, coordenados em geral por pessoas que ouvem vozes, as pessoas são estimuladas a falar sobre suas experiências com as vozes e compartilham diferentes estratégias para lidar com as mesmas. Os grupos em geral são de ajuda mútua e podem estar ou não vinculados a algum serviço de saúde mental. Tais grupos são desenvolvidos em diferentes países, que têm consolidado o Movimento de Ouvintes de Vozes e legitimado práticas de assistência psiquiátrica, que buscam garantir direitos aos sujeitos, em especial, aquele de instituir “diferentes modos e jeitos de ser e estar neste mundo” (COIMBRA,2001).

Em 1987, nasceu o The Hearing Voices Movement, fundado por Marius Romme e Sandra Escher e a Intervoice, uma organização que coordena uma ampla variedade de iniciativas em diversos países. Atualmente a Intervoice congrega experiências de ouvintes de vozes ao redor do mundo e está presente em mais de trinta países. A rede auxilia a criação de grupos de ouvintes de vozes, apoia ouvintes de vozes, divulga o congresso anual de ouvintes, informações, depoimentos, artigos, vídeos, conferências, seminários (ROMME; ESCHER, 1997; COLEMAN; SMITH, 2006; BAKER, 2012; BARROS; SERPA Jr., 2014).

O movimento iniciado por Marius Romme e Patsy Hage, ao incentivar o compartilhamento da experiência de ouvir as vozes, tornou-se relevante na medida em que permitiu que pessoas com tais experiências tivessem outras oportunidades de alívio para os sofrimentos advindos da mesma. Além disso, com o desenvolvimento das práticas ligadas ao movimento, se pode reconhecer que nem todas as pessoas que ouvem vozes acessam o sistema psiquiátrico o que, de alguma maneira, indica que elas conferem outro sentido às suas experiências e suas vidas.

Assim, algumas pessoas desenvolvem estratégias singulares para lidar de forma positiva com as vozes na sua vida. Para tanto, contam com as atividades desenvolvidas nos grupos de ajuda mútua com outros ouvintes de vozes. Conforme preconizado, os grupos devem ser coordenados por um

facilitador que, em geral, é um ouvidor, considerando a expertise por experiência (COLEMAN, 2004; NOORANI, 2013), que cada ouvidor tem. As atividades dos grupos visam despatologizar a experiência de ouvir vozes, positivando-as e conferindo sentidos para elas no interior da própria vida da pessoa, de modo que ela atinja o controle sobre a situação vivida e tome sua vida nas próprias mãos.

Este importante investimento no sujeito, que o movimento de ouvintes de vozes faz em seus diferentes espaços - congressos, grupos, Intervoices –, cria um terreno fértil para resistir a um duro processo de silenciamento e estigmatização, quase que mecânico, instituído com o diagnóstico da doença mental na sociedade. Armstrong e Murphy (2011) evidenciam que nas estratégias de biopoder (FOUCAULT, 2002), presentes na saúde pública, por mais que se institua uma forma de pensar e cuidar, que constrange os sujeitos a agir de determinado modo com relação à doença, o potencial de resistir está presente nas complexas relações de poder ali desenvolvidas.

Quando se trata do uso de psicofármacos, que de algum modo é objeto de representação do poder simbólico forte da prática biomédica, temos outra estratégia que tem problematizado o uso e abuso dos mesmos, criando uma tensão no campo da assistência psiquiátrica. Tal estratégia é desenvolvida por duas organizações: o Project Icarus e o Freedom Center.

O Freedom Center é uma comunidade de apoio e ativismo administrada por pessoas consideradas com “graves transtornos mentais”. Tem como foco os direitos humanos, a autodeterminação e as opções holísticas. As atividades baseiam-se na filosofia de redução de danos, enfocam o direito de escolha da pessoa em relação aos tratamentos médicos e incluem, também, pessoas que não fazem uso de medicação. Consiste num dos únicos grupos de defesa de direitos de pessoas com transtornos mentais e administrados por elas, do Pioneer Valley, nos Estados Unidos.

O Freedom Center é membro da Mind Freedom Support Coalition International, uma rede não governamental, reconhecida pelas Nações Unidas de grupos de base, desenvolvidos em todo o mundo e que trabalham para

transformar a psiquiatria tradicional e o sistema de saúde mental. Também está associado ao Project Icarus.

O Projects Icarus inter-relaciona saúde mental e justiça social, colocando-se à disposição de instituições e organizações que desejam iniciar conversas sobre saúde emocional e justiça social. Oferece palestras, capacitações profissionais, espaços de escuta, conversas coletivas, compartilha análises anti-opressivas com pessoas experientes no sistema de saúde mental e mantém espaços de *peer support*. Este projeto promove atividades que se situam na intersecção entre saúde mental e justiça social, respeitando a autodeterminação, a escolha informada, a exploração e a aceitação de diferentes maneiras de ser no mundo de cada sujeito.

Tais organizações têm trabalhado com o objetivo de combater os tratamentos abusivos e violentos no âmbito da psiquiatria, tendo como enfoque os direitos humanos dos sobreviventes ao sistema psiquiátrico. Neste sentido, sob o argumento da redução de danos e do controle do sujeito sobre sua própria vida, tem investido na divulgação de um material disponibilizado em várias línguas e em diversos espaços, bem como em cursos sobre a descontinuação e/ou interrupção do uso de psicofármacos (HALL, 2012). Desta maneira, fomentam a possibilidade de uma construção conjunta de outros caminhos para a vida dos sujeitos.

Um acontecimento teve especial importância neste contexto. Em 2010, Robert Whitaker ganhou o prêmio do jornalismo investigativo nos Estados Unidos com o livro “Anatomy of an epidemic: magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America”. Neste best seller, o autor argumenta que o uso indiscriminado de psicofármacos nos Estados Unidos trouxe graves consequências para a saúde, como a perda de anos de vida das pessoas e, para a economia, trouxe como prejuízo um significativo aumento no número de pessoas dependentes de auxílio por incapacidade (WHITAKER, 2010).

No livro, Whitaker (2010) traça os efeitos do que se assemelha a uma epidemia iatrogênica, enfatizando o uso inadequado e o abuso de psicofármacos e dá destaque para os danos e perturbações causados no

cérebro e na saúde dos pacientes. Esta obra encontrou ressonância em estratégias desenvolvidas no âmbito da assistência, que teimavam em resistir ao uso abusivo dos psicofármacos e que buscavam encontrar espaço para estabelecer negociações neste difícil contexto.

As experiências apresentadas, tal como discutimos até aqui, demonstram um potencial significativo de transformação para as práticas de assistência psiquiátrica e de garantia de direitos, por meio do protagonismo dos sujeitos, no enfrentamento de suas experiências de sofrimento.

Através de estratégias como o diálogo, a abertura para outras interpretações sobre as experiências, antes vistas como sintomas de uma doença, ou mesmo no questionamento das terapêuticas dominantes no campo da assistência psiquiátrica, tais experiências permitem a reafirmação dos sujeitos e seus direitos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as experiências apresentadas até aqui, ressaltamos a importância de considerar grupos ainda não contemplados pelas mesmas, como aqueles que se mantêm nos hospitais psiquiátricos judiciários. Entretanto, pensamos que tais estratégias, ao provocar rupturas com uma concepção psiquiátrica reducionista e patologizante, deixam antever possibilidades de resistência em outros setores em que tal concepção ainda é hegemônica.

Entendemos que as estratégias apresentadas, aliadas a todas as outras desenvolvidas em diferentes contextos, inclusive no contexto nacional, são capazes de alavancar o protagonismo dos sujeitos diante de suas experiências de sofrimento psíquico.

De modo mais amplo, percebemos que todas as estratégias, que têm buscado a garantia de direitos, a aposta no diálogo e o respeito aos saberes produzidos pelos sujeitos em suas experiências de sofrimento, apresentam um potencial significativo de ruptura com práticas excludentes e vão, desta

maneira, constituindo um novo discurso, que podemos denominar de um contradiscurso (CARDANO;LEPORI,2012).

As estratégias de enfrentamento aqui apresentadas constroem rupturas importantes com uma concepção psiquiátrica hegemônica e, ainda que em contextos em que o manicômio se mantém em funcionamento, instituem práticas que resistem à captura dos sujeitos. Provocam um deslocamento subjetivo e objetivo dos sujeitos, promovendo um diálogo que não tem a pretensão de uniformizar universos de sentidos, mas buscar consensos entre eles, a fim de garantir a centralidade dos sujeitos em sofrimento psíquico.

O que tais experiências e suas estratégias têm demonstrado, nos diferentes contextos em que se desenvolveram e naqueles em que estão em vias de se desenvolver, é que a constituição de outras práticas no campo da saúde mental tem fomentado um contra discurso capaz de se opor ao pessimismo da razão.

Além disso, entendemos que mais do que se opor ao pessimismo da razão, tais experiências têm feito uma crítica a um modo de pensar e interpretar o sofrimento psíquico numa perspectiva reducionista, biologizante e prescritiva e, assim, construído modelos e interpretações que subsidiam outra razão, mais otimista.

Por fim, entendemos que as estratégias de enfrentamento do sofrimento psíquico, propostas pelas experiências apresentadas, se alinham a uma concepção de direitos humanos plural, multicultural (Santos, 2002), em constante movimento de devir (Coimbra, 2001) que permitem a garantia de direitos.

6. REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ ENSP, 1995b.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.491-494, jul-set, 1995.

ANDRADE, Ana Paula Müller de; MALUF, Sônia Weidner. Cotidianos e trajetórias de sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. In: FERREIRA, Jaqueline, FLEISCHER, Soraya. (Orgs.). *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, p. 33-55, 2014.

ARMSTRONG, Natalie; MURPHY, Elizabeth. Conceptualizing resistance. *Health: an interdisciplinary journal for the social study of health, illness and medicine*, Epub, ahead of print, p.1-13, 2011.

ARNKIL, Tom Erick; SEIKKULA, Jakko. *Metodo dialogici nel lavoro di rete: per la psicoterapia di gruppo, il servizio sociale e la didattica*. Traduzione: Matteo Largaiolli. Erickson, Trento, 2012.

BAKER, Paul. *The voice inside: a practical guide to coping with hearing voices*. Disponível em: <<http://toronto.cmha.ca/files/2012/09/A-Practical-Guide-to-Coping-with-Hearing-Voices.pdf>> Acesso em: 28 de mar., 2017.

BAKHTIN, Mikhail. *Problemas da Poética de Dostoiévski*. Tradução de Paulo Bezerra. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

BARROS, Octávia Cristina; SERPA JUNIOR, Otávio Domont de. Hearing voices: a study on exchanges of experiences in a virtual environment. *Interface (Botucatu)*, v. 18, n. 50, p.557-569, set. , 2014.

BASAGLIA, Franco. *A Psiquiatria Alternativa - Contra o pessimismo da razão o otimismo da prática – Conferências no Brasil*. Coleção a Ciência e o Homem. São Paulo, Editora Brasil Debates, 1979.

BASAGLIA, Franco. *A instituição negada*. Relato de um hospital psiquiátrico. 2ªed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 41-71, 1994.

BORG, Marit; KARLSSON, Bengt; TONDORA, Janis; DAVIDSON, Larry. Implementing person-centered care in psychiatric rehabilitation: what does this involve? *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* , v. 46, n.2, p. 84-93, 2009.

CARDANO, Mario; LEPORI, Giulia. *Udire la voce degli dei*. L'esperienza del gruppo voci. Milano, Franco Angeli, 2012.

COIMBRA, Cecília Maria Bouças. Psicologia, direitos humanos e neoliberalismo. *Revista Psicologia Política*, v. 1, n. 1, p.139-148, jan./jun., 2001.

COLEMAN, Ron. *Lavorare per guarire*. Magma & Cooperativa sociale "Il Casello", Carcare, 2004.

COLEMAN, Ron; SMITH, Mike. *Lavorare con le voci*. Torino, EGA, 2006.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS (1948). Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf> Acesso em: 27de mar. 2017.

DELEUZE, Gilles. *O mistério de Ariana*. Lisboa: Vega, 1996.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, Michel. *O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973/1974)*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura: na idade clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1999.

FOUCAULT, Michel. *Em Defesa da Sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FOUCAULT, Michel. *A ordem do discurso. Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970*. 19ªed. São Paulo: Editora Loyola, 2009.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1999.

HALL, Will. *Interrompere l'uso degli Psicofarmaci: Guida alla Riduzione del Danno*. 2ed. The Icarus Project e Freedom Center, 2012.

LIMA, Aluísio Ferreira de; PONTES, Maria Vânia Abreu. O caso Damião Ximenes Lopes e a primeira condenação internacional do Brasil na corte interamericana de direitos humanos. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 7, n. 16, p.01-13, Florianópolis, 2015.

MEZZINA, Roberto. Introduction. From Italy to Europe and back, practices for emancipation. In: MEZZINA, Roberto; TORESINI, Lorenzo (orgs). *Beyond the walls / Oltre i Muri*. Deinstitutionalization in European best practices in mental health / La deistituzionalizzazione nelle migliori pratiche europee di salute mentale. Merano, p.16-35, 2010.

NOORANI, Tehseen. Service user involvement, authority and the 'expert-by-experience' in mental health. *Journal of Political Power*, v. 6, n. 1, p.49-68, 2013.

ROMME, Marius; ESCHER, Sandra. *Na companhia das vozes: para uma análise da experiência de ouvir vozes*. Lisboa: Editorial Estampa, 1997.

SANTOS, Boaventura de Sousa. "Por uma concepção multicultural dos Direitos Humanos". *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n. 48, p.11-32, jun., 1997.

SEIKKULA, Jaakko. Monologue is the crisis-dialogue becomes the aim of therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, v. 28, n. 3, p.283-284, july, 2002.

SEIKKULA, Jaakko. Open dialogue integrates individual and systemic approaches in serious psychiatric crises. *Smith College Studies in Social Work*, v.73 n. 2, p.227-245, mar, 2003.

SEIKKULA, Jaakko; ARNKIL, Tom Erick; ERIKSSON, Esa. Postmodern society and social networks: open and anticipation dialogues in network meetings. *Family Process*, v. 42, n.2, p.185-203, 2003.

SEIKKULA, Jaakko. Inner and outer voices in the present moment of family and network therapy. *Journal of Family Therapy*, v. 30, p.478-491, 2008.

SEIKKULA, Jaakko. Becoming Dialogical: Psychotherapy or a Way of Life? *The Australian and New Zealand journal of family therapy*, v. 32, n. 3, p.179–193, 2011.

SEIKKULA, Jaakko. *Il Dialogo Aperto: l'approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche*. Traduzione Chiara Tarantino. Giovani Fioriti Editore, Roma: 2014.

SEIKKULA, Jaakko; ALAKARE, Birgitta; AALTONEN, Jukka. Open dialogue in psychosis II: a comparison of good and poor outcome cases. *Journal of Constructivist Psychology*, v. 14, p. 267-284, 2001.

TORESINI, Lorenzo. MEZZINA, Roberto. *Beyond the walls / Oltre i Muri*. Deinstitutionalization in European best practices in mental health / La deistituzionalizzazione nelle migliori pratiche europee di salute mentale. Merano: 2010.

WHITAKER, Robert. *Anatomy of an epidemic: magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America*. Crown Publishing Group, New York: 2010.