

## “NINGUÉM TEM O DIREITO DE ME FAZER O BEM SEM MEU CONSENTIMENTO”: EXPERIÊNCIAS, CONVERSAS E REFLEXÕES SOBRE SAÚDE MENTAL NO PARAGUAI

“NOBODY HAS THE RIGHT TO DO ME GOOD WITHOUT MY CONSENT”:  
EXPERIENCES, CONVERSATIONS AND REFLECTIONS ON MENTAL  
HEALTH IN PARAGUAY

### ROCÍO RECALDE

*Psicóloga Clínica. Terapeuta Familiar. Docente na Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción”. Certificação Internacional em Práticas Colaborativas pelo Houston Galveston Institute e TAOS Institute.*

### SOFÍA CÁLCENA

*Psicóloga clínica. Terapeuta familiar. Consultora em pesquisa e projetos sobre assuntos sociais sob a perspectiva dos direitos na infância e na adolescência. Certificação internacional em Práticas Colaborativas pelo Houston Galveston Institute e TAOS Institute.*

**RESUMO:** A visão modernista vinculada ao âmbito da saúde mental, do diagnóstico e suas implicações tem sido tópico de discussão durante décadas e ainda continua vigente nos sistemas públicos de saúde mental no Paraguai. Este artigo constitui-se num ensaio sobre as práticas clínicas a partir de uma entrevista em profundidade com uma usuária dos serviços de saúde pública. Partindo dos aportes do construcionismo social e das terapias pós-modernas, propõe-se como objetivo: a) conhecer e dar a conhecer a história de uma pessoa a partir das suas experiências como usuária dos serviços de saúde mental no Paraguai; b) reconhecer as implicações do emprego das linguagens baseadas no déficit e; c) destacar, a partir da experiência narrada na entrevista, os espaços promovidos a partir de e pelos usuários como geradores de possibilidades terapêuticas e políticas alternativas às oferecidas pelos sistemas de saúde mental nacionais. Finalmente, refletimos sobre como uma postura colaborativa permitiria não apenas que os prestadores de serviço de saúde pública revissem suas práticas, mas também que os usuários se tornassem visíveis a partir de narrativas geradoras de sentidos mais esperançosos no quadro de uma construção conjunta.

**PALAVRAS-CHAVE:** sistemas de saúde mental, diagnóstico, construcionismo social, terapias pós-modernas, linguagem.

**ABSTRACT:** The modernist vision linked to the field of mental health, diagnosis and its implications have been discussed for decades and it is still in forced in the public mental health systems in Paraguay. This paper represents an essay about clinical practice obtained in depth from an interview given to a client from the public health service. Based on the contributions of social constructionism and postmodern therapies, an objective is proposed as followed: a) know and make known the history of a person from her experiences as a user of mental health services in Paraguay, b) recognize the implications of languages based on the deficit and , c) highlight from the experience given during the interview, the context promoted from the clients as generators of therapeutic possibilities and alternatives policies to those that are currently offered by the national systems of mental health. Finally, we reflect on how a collaborative approach would not only providers of public health services review their practices but also for users to be made visible from generating more hopeful narrative sense within the framework of a joint construction.

**KEYWORDS:** mental health systems, diagnosis, social constructionism, postmodern therapies, language.

Recebido em 05/11/2013  
Aprovado em 15/01/2014

## INTRODUÇÃO

Muitos discursos e práticas presentes nos sistemas públicos de saúde mental no Paraguai estão impregnados da visão modernista e positivista, que continua vigente.

Nesse cenário, no qual a saúde mental e o olhar sobre a deficiência psicossocial continuam sob o enfoque de profissionais especialistas, diagnósticos baseados no

Tradução de Luciana Moretti.

déficit e tratamentos com ênfase em recursos farmacológicos, surgem outras ideias que, ainda que discretas, engendram uma revolução teórico-prática: as ideias do construcionismo social.

O construcionismo social propõe que as relações e conversas entre as pessoas constituem realidades e significados, deslocando desta forma as crenças modernistas que postulam um mundo a ser descoberto pela razão, onde existe uma verdade absoluta, objetiva e universal. "O construcionismo social não vê o mundo como um reflexo ou um mapa do mundo real, mas como um recurso para o intercâmbio comum" (Gergen, 1985, *apud* Anderson, 1999, p. 77).

Esse convite traz várias implicações, já que não apenas se apresenta como um novo "fazer" nas práticas, mas nos interpela no "ser com o outro", depositando o foco sobre uma filosofia de vida mais do que em intervenções e técnicas.

Inspiradas por essas ideias, conversamos com Olga Bilbao\* em entrevista de profundidade, motivadas pela curiosidade de conhecer a fundadora do Grupo de Bipolares del Paraguay (Grupo de Bipolares do Paraguai), assim como parte de suas experiências e reflexões sobre a saúde mental no nosso país.

Olga nos abriu as portas de sua casa e para parte de suas histórias. É uma mulher de sessenta anos, que se define como escritora, tradutora de vários idiomas e pessoa polifacética. Autora de quatro livros, conta-nos que escreve porque se diverte recriando a realidade, tomando parte da história de uma pessoa para costurá-la com outros pedaços.

Seu primeiro livro, *La de antes* (A de antes) é autobiográfico e nos traz, em forma de contos, relatos de sua vida dividida em três momentos: sua infância, sua adolescência e o princípio da doença, quando recebeu o diagnóstico de transtorno bipolar, e a reabilitação.

Esse livro foi o ponto de partida para a constituição do **Grupo de**

**Bipolares del Paraguay**, já que várias pessoas se identificaram com partes das histórias nele narradas. Há quatro anos, convocadas pelos contos de Olga, quatro pessoas começaram a se reunir de maneira espontânea, com frequência de uma vez ao mês. Hoje esse grupo está formado por mais de setenta participantes, que organizam seus encontros administrando seus assuntos de interesse, pessoas convidadas (profissionais vinculados à saúde mental, por exemplo) e a metodologia em que os encontros acontecem. No início, as reuniões eram realizadas na casa de Olga, então coordenadora do grupo. Atualmente a coordenação e os lugares dos encontros variam conforme a disponibilidade das pessoas.

Além disso, Olga fez uma incursão, firme e comprometida, na promoção dos direitos e da igualdade de oportunidades para as pessoas que sofrem de deficiências psicossociais. Isso a levou a participar de comitês para a redação da Lei da Saúde Mental no Paraguai, bem como de outras atividades com alcance e visibilidade pública.

Ouvindo Olga, é possível dialogar com autores contemporâneos do mundo da terapia familiar, entendendo que compartilham determinado olhar sobre os diagnósticos e formas de ajudar, assim como um compromisso firme com a defesa dos direitos de todos os usuários dos serviços de atendimento psicossocial.

Os relatos de Olga nos remetem a outras vozes, como a de Tom Anderson, com suas ideias sobre processos reflexivos (1994); a de Harlene Anderson (1999) e suas maneiras de construir práticas colaborativas que geram possibilidades no âmbito da linguagem; a de Michael White (1993 e 1997) e suas concepções sobre narrativas e histórias como formas de dar sentido à vida, sendo constitutivas das pessoas;

\* Olga Bilbao autorizou a gravação da entrevista e a publicação deste artigo. Decidimos manter seu nome verdadeiro, com seu consentimento, já que, como pessoa pública, ela participa ativamente em diferentes âmbitos na promoção dos direitos na saúde mental.

a de Michel Foucault e suas críticas aos sistemas de poder psiquiátrico (2007), além de outras tantas vozes que ressoaram a partir dos seus relatos.

A riqueza das narrativas de Olga, entrelaçadas com os incontáveis diálogos internos que surgiram a partir desse encontro, ficaram exteriorizadas neste ensaio, um ensaio que se constitui numa alternativa a mais entre outras muitas alternativas para se reescrever a história.

Escrevemos este artigo desejando que as palavras de Olga continuem se repetindo como um eco tanto nas micropáticas como nos espaços de decisão das políticas públicas.

#### **Servisto, ser ouvido, ser reconhecido**

*No começo éramos quatro pessoas, agora somos mais de setenta...\**

A experiência do **Grupo de Bipolares de Paraguay**, criado de forma espontânea a partir do entusiasmo de Olga e de outras pessoas que se sentiram convocadas, mostra-nos a necessidade e demanda por esse tipo de espaços, bem como o efeito multiplicador que geram.

Para além das tentativas das políticas públicas na saúde mental, que proporcionam um quadro de referência e programas, neste caso os próprios usuários dos serviços constituíram-se como gestores de um espaço. Esse espaço precisa de maior visibilidade para deixar de ser um grupo isolado e passar a compor redes que permitam seu fortalecimento como parte de comunidades que promovam a formação, informação e autonomia das pessoas com deficiências psicossociais.

Nesse espaço, as pessoas compartilham suas experiências, desconstruindo a ideia de “pacientes”, transformando-se em “co-construtores” de seu bem-estar a partir de seu próprio

posicionamento como protagonistas. As práticas colaborativas têm adquirido mais notoriedade do que os espaços hierárquicos, estimulando desta forma a iniciativa e a responsabilidade dos membros do grupo.

Harold Goolishian e Harlene Anderson (1996) referem-se a cada pessoa como “especialista” em sua própria vida, transformando-se mutuamente com os demais nas conversas, assumindo a responsabilidade de convidar na criação de relações colaborativas e conversas dialógicas.

*O grupo está formado somente por bipolares. Penso que a presença de familiares inibe o doente.*

Segundo Olga, são necessárias duas coisas para ser membro do grupo: o diagnóstico médico e o desejo de participar voluntariamente. A experiência lhes ensinou que estar e compartilhar no grupo flui melhor quando este está composto somente por pessoas que receberam o diagnóstico de transtorno bipolar, já que quando seus familiares são incluídos, os membros do grupo não conseguem falar do que os magoa ou incomoda diante deles.

Nesta experiência em grupo, os participantes decidem não incluir seus familiares nas reuniões, cuidando de seu espaço para poderem se expressar em um contexto de segurança e confiança. “*Quem pode falar com quem sobre que assuntos aqui e agora?*” (Andersen, 1994). Esta é uma pergunta orientadora que nos faz lembrar de que não existem regras fixas para a proposta de atos de conversa, mas sim oportunidades de criar contextos onde todos possam sentir que são livres para se expressarem.

Reconhecer que os requisitos propostos por este grupo contribuiriam para gerar pertencimento e autonomia aos seus participantes nos afasta do

\* As citações textuais de Olga na entrevista foram grafadas em negrito e em itálico.

juízo prévio de que existe uma única maneira de organizar um espaço terapêutico, e de que essa maneira deve ser estabelecida apenas a partir do saber profissional.

Isto nos remete às ideias de Harlene Anderson (1999), que faz referência à postura do "não saber", que convida à curiosidade sobre o outro, possibilitando o encontro a partir da autenticidade e do respeito daquilo que é importante para cada um, revalorizando a ideia da linguagem e da vida cotidiana ao invés da linguagem universal do diagnóstico e do déficit.

Para Tom Andersen (1994), quando os participantes de uma conversa têm a oportunidade, tempo e liberdade para expressar qualquer coisa, de qualquer maneira, não apenas se cria a possibilidade de informar mas, nesse ato de expressar a si mesmos, estão constituindo seu próprio eu na presença de outros que não perturbam, mas ouvem, veem e validam a pessoa.

Ao conhecer, através de Olga, a experiência do **Grupo de Bipolares del Paraguay**, surgem-nos as seguintes perguntas-reflexões:

- Até que ponto as pessoas, de um modo geral, e os profissionais aceitam/reconhecem que aqueles que receberam o diagnóstico de transtorno bipolar podem ser promotores de sua própria saúde, questionando suas respostas terapêuticas?
- Que tipo de ações e decisões possibilitariam que este e outros grupos auto-organizados fossem representativos na elaboração de programas nos serviços públicos de saúde mental no Paraguai?
- Que outras associações como esta poderiam ser promovidas, mesmo que a partir do reconhecimento social e quais seriam os meios apropriados?

## Processos reflexivos

*O doente diz absolutamente tudo o que tem vontade de dizer. Depois de desabafar, começam a participar dizendo "sabem que aconteceu a mesma coisa comigo" ou "sabe como eu resolvi esse problema?". É preciso esperar até que ele esteja disposto a compartilhar com os outros...*

Na experiência com equipes reflexivas proposta por Tom Andersen (1994), quando uma pessoa fala, as demais devem escutar sem interromper, julgar ou criticar. E quando aqueles que escutaram oferecem suas reflexões, fazem-no a partir do que sentem, de suas experiências e de sua curiosidade sobre o que escutaram. Esse processo permitiria ampliar a visão de mundo diante de uma descrição para a qual parecia haver apenas uma versão.

Quando participamos de uma conversa, temos o diálogo externo, que é o que se desenvolve quando duas ou mais pessoas falam e, ao mesmo tempo, ocorre um diálogo interno em cada uma das pessoas participantes. Esse diálogo interno pode estar convocado ou não pelo diálogo externo que está se desenvolvendo. É nesse diálogo interno que surgem sentimentos, perguntas, reflexões. Nos processos reflexivos há tempo e espaço para escutar esses diálogos internos e compartilhá-los em um diálogo externo com os outros. Desta forma, abrem-se novas perspectivas sobre o assunto da conversa (Andersen, 1994).

Olga compartilha conosco uma experiência muito similar, que surgiu e se construiu a partir das experiências como paciente em diferentes serviços psiquiátricos. No **Grupo de Bipolares del Paraguay**, ninguém interrompe

quem está falando antes que termine. Não julgam nem criticam, apenas oferecem suas reflexões a partir de suas experiências de vida, trazendo os recursos que foram úteis para cada um em cada momento. Assim, vai-se tecendo uma espécie de “*rede de tesouros do grupo*”, disponível e generosa para ajudar quem precisar.

Dessa maneira cria-se um espaço para que outros escutem e falem, enfatizando a riqueza da multiplicidade de vozes, convidando a falar de maneira respeitosa sobre alguma pessoa na sua presença, gerando a participação mais do que a busca de um produto.

Por outro lado, o respeito pelos tempos de cada um converte-se em um recurso, pois no tempo do outro cada um encontra seus próprios tempos. A importância radica não na resolução do problema, mas na disposição para acompanhar um processo.

### **Da postura do especialista à postura colaborativa**

*Deixem de instalar estantes e de catalogar os pacientes como se estivessem em latas: esquizofrênicos, bipolares, portadores de transtorno do pânico. Porque basta essa pessoa ir ao médico que este automaticamente olha para a lata e tudo o que a pessoa diz, seja o que for, o médico guarda dentro da lata de bipolar e já não raciocina mais. Não querem pensar porque são preguiçosos crônicos. O que aprenderam, já não querem mais. Não querem investigar e talvez o motivo pelo qual a pessoa esteja passando por isso seja outro. Mas, como já têm sua lata de bipolar, jogam tudo lá dentro. O diagnóstico é feito como consequência.*

Em sua crítica ao poder psiquiátrico, Foucault afirmava que o médico pode dizer a verdade sobre a doença graças ao poder que seu saber lhe confere (Foucault, 2007).

O saber do psiquiatra, “baseado em teorias, juízos prévios e experiências profissionais e pessoais, age como uma estrutura *a priori* que determina o conhecimento que o terapeuta leva à sessão, impondo-se sobre conhecimento do cliente” (Anderson, 1997, p. 65).

O diagnóstico opera, então, como um código cultural para coletar, analisar e organizar dados. Portanto, na medida em que se descobrem semelhanças entre as pessoas e seus problemas, atribuem-se categorias de diferenciação que são mantidas através da linguagem e do vocabulário usados em nossos discursos, levando ao esquecimento o caráter singular de cada indivíduo em cada situação.

Harlene Anderson menciona que “as etiquetas profissionais e culturais classificam e fazem atribuições às pessoas; não nos dizem nada sobre elas” (Anderson, 1997, p. 67).

A tradição moderna e positivista tropeça em questionamentos que surgem a partir de vozes como a de Olga, que criticam a classificação diagnóstica e as verdades absolutas sobre a normalidade.

Nas concepções pós-modernas, convida-se à co-construção do conhecimento local mais do que universal, pois é na linguagem, nas relações e nas práticas cotidianas que os significados são gerados.

Harold Goolishian, por sua parte, discute a importância de “escutar o que os clientes realmente dizem” (Andersen, 1994, p. 54), e não aquilo que os profissionais acreditam que os pacientes quiseram dizer com suas palavras. Daí a importância de se valorizar a pergunta sobre o que ouvimos



e sobre os significados que o que está sendo dito tem para o outro, abandonando-se a imposição dos nossos significados carregados de prejuízos científicos.

Foucault propõe a formação de comunidades dialógicas em substituição aos monólogos profissionais, onde se gere um processo de falar *com* alguém mais do que falar para alguém (Epston & Madigan *apud* Friedman, 2005).

### **Excessivamente incomum, imperceptivelmente incomum, adequadamente incomum**

*Faz pouco tempo o problema surgiu desta forma. Pediram-me que falasse sobre mim. Eu falei das vantagens e desvantagens de cuidar dos medicamentos, de não parar de tomá-los, e contei que nunca deixei de tomar lítio. Apesar de que, infelizmente, o lítio destruiu totalmente minha dentição. Para que eu fui dizer isso?! O rapaz que tanto brigava com a mãe (era um rapaz bonito que trabalhava como modelo) me disse: O quê? Vou ficar sem dentes?! Nunca mais vou tomar lítio! E nunca mais tomou lítio. Às vezes é preciso ter muito cuidado com o que se diz. Mas todas essas coisas a gente vai aprendendo com o tempo.*

Quando as conversas são surpreendentes demais, podem gerar desconforto excessivo e, portanto, paralisam e as pessoas se fecham para as mudanças. Quando são muito pouco surpreendentes, tornam-se imperceptíveis. Por isso, Tom Andersen, baseando-se na ideia da "diferença" de Gregory Bateson (1972), propõe que, para que as conversas produzam mudanças, têm

que ser adequadamente incomuns (Andersen, 1994).

Como saber o que é adequadamente incomum? O relato de Olga nos oferece uma pista: é a partir do reconhecimento da resposta do outro, na experiência do conversar, no desafio de ser sensíveis aos sinais e ir construindo conjuntamente novas descrições, compreensões e significados que sejam suficientemente pouco usuais.

Nas palavras de Olga também escutamos uma posição aberta ao tratamento farmacológico, como um aliado sobre o qual as pessoas têm que se informar e para se conscientizar de seus benefícios. Contudo, é imprescindível considerar a importância das descrições e significados que cada um pode dar ao que escutou. "A palavra está sempre carregada de conteúdo ou sentido ideológico ou vivencial. É assim que compreendemos as palavras e reagimos apenas àquelas que despertam em nós ressonâncias ideológicas ou concernentes à vida" (Bakhtin *apud* Grandesso, 2011, p.157)\*.

### **Estar nas relações**

*Em primeiro lugar vem a contenção. O que é a contenção? É dizer a essa pessoa que está ansiosa: estou aqui, ao seu lado, não se preocupe, isso vai passar. Não precisa se desesperar. Isso é contenção. Está sofrendo? Angustiada? Diga a ela: acredite ou não, eu passei por isso, você não vai morrer. Tranquilize-se, eu estou aqui ao seu lado. É fazer com que sinta que você está com ela, não dizer: tome este comprimido que você vai se sentir bem. O fator humano, afetivo, é o mais importante.*

\* Tradução nossa.

Mikhail Bakhtin propõe que quando falamos, nós o fazemos com a intenção de receber uma resposta: “para a palavra (e, como consequência, para um ser humano) não há nada mais terrível do que a ausência de resposta”\* (Seikkula & Arnkil, 2006, p. 97). O mais importante, nas palavras de Olga, cria-se no vínculo. E é o vínculo que possibilita a descoberta das habilidades e recursos de cada membro do grupo. Um encontro que é gerado a partir da aceitação e não do saber do profissional especialista. Cada membro do grupo é especialista em sua própria experiência de viver e enfrentar suas dificuldades.

***O que eu colhi ao cabo destes quatro anos foi a última vez em que eu adoeci e estive na cátedra das clínicas ... Todos desfilaram por lá.***

Sheila McNamee (2001) nos aproxima do conceito de *responsabilidade relacional*: somos responsáveis pelas relações que estabelecemos. A experiência de Olga ressalta a trama afetiva do grupo como valor terapêutico.

### **Linguagens que constroem realidades limitando possibilidades**

***Vocês sabiam que quem sofre do Mal de Parkinson apresenta alguns sintomas maníaco-depressivos? Essa fase maníaco-depressiva do doente de Parkinson é descrita pelo psiquiatra dizendo: “Às vezes o doente se levanta de bom humor, bem disposto, limpa e arruma a casa durante o dia todo, e depois se cansa e vai dormir. Talvez descanse dois ou três dias porque está cansado”. Agora, vejamos: como definir o maníaco-depressivo? “De repente a pessoa se levanta e começa hiperativa, faz tudo aqui para lá e***

\* Tradução nossa.

***depois entra em depressão e dorme por três dias.” Para que você veja o foco. Porque o outro é são e tudo o que ele faz entra no quadro da normalidade. Agora, se este daqui também quis simplesmente limpar a casa, sendo que era só isso o que queria fazer, mas como é maníaco, é um hiperativo que não sabia o que estava fazendo e se cansou depois de tanto trabalhar. Mas não é assim! Ele não se cansou. Ele ficou deprimido. Por isso foi embora e dormiu por três dias.***

A linguagem constrói realidades que podem ser limitadoras e reduzem as práticas a seu serviço. A linguagem da medicina rotula e classifica a própria vida. A reflexão crítica de Olga põe de manifesto o que propõe Humberto Maturana quando diz “tudo o que é dito é dito por alguém” (Maturana, 1989, p. 13). E o dito diz mais sobre quem falou do que sobre a coisa nomeada.

David Cooper (1967), por sua vez, sugere que o psiquiatra e o “louco” surgem historicamente de maneira inseparável, já que a humanidade alienada de quem recebe o diagnóstico é a outra face de uma humanidade alienante por parte de quem se coloca no lugar de poder, num jogo relacional de “senhor e escravo”.

A partir das práticas pós-modernas, propõe-se uma linguagem de descrições e possibilidades, e não de classificações absolutas.

Neste sentido, parece-nos importante levar em consideração o que o nome do grupo, “Grupo de Bipolares del Paraguay”, tem como propósito reunir as pessoas em torno de experiências comuns que cada um traz relacionadas ao diagnóstico que receberam e, ao mesmo tempo, ganhar visibilidade social e política por sua participação como grupo. No entanto, nós nos perguntamos: esse nome

poderia carregar um limitador e um estigma para os membros do grupo e para a construção de possibilidades em relação à sua identidade social? Ou seria um motor, que nos reúne e ativa em pró de seus direitos? Se o grupo adota uma postura crítica diante dos diagnósticos, que não permitem que as singularidades permaneçam visíveis, que nomes poderia receber, coerentes com essa crítica? E que implicações traria para seus membros um nome que descrevesse mais suas práticas e desejos do que o diagnóstico?

## **Diálogos sobre as políticas de saúde mental e direitos das pessoas com deficiências psicossociais**

### **a. Significados**

*Para mim, a saúde é o funcionamento orgânico e regular do organismo. Várias doenças já estão no nosso corpo, e com sua capacidade nosso corpo nos volta a curar. Por que às vezes essas doenças afloram? Simplesmente porque algo está falhando no organismo. Não é algo que veio de fora ou da história genética, porque meu avô isso e aquilo, ou meu tio era assim, ou foi a conjunção dos astros.*

*Já não sei mais quem foi que teve essa ideia, Hipócrates? Que o máximo para o psiquiatra é ter saúde mental.... Existem outros valores mais importantes.*

*O psiquiatra é capaz de te mutilar de todas as maneiras para obter a saúde mental...*

*O psiquiatra é incapaz de deixar que o louco seja feliz com sua loucura. Não! Ele vai martirizá-lo a vida inteira até que fique com a cabeça no lugar....*

Para a Organização Mundial da Saúde, a saúde é um estado completo de bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de doenças. Mesmo assim, a saúde mental é definida como um estado de bem-estar no qual o indivíduo é consciente de suas próprias capacidades, pode enfrentar as tensões normais da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de contribuir com sua comunidade.

Ambas as definições aparecem como postulados universais, deixando de lado as singularidades da vida e dos grupos humanos, colocando novamente no centro a "normalidade" entendida como um valor preexistente na linguagem da produtividade e do bem-estar. Onde ficam as emoções que não produzem bem-estar, como o medo, a tristeza, a angústia? Não seriam por acaso também experiências humanas e humanizadoras? Quem e como se define o significado das palavras "bem-estar" e "produtividade"?

Foucault afirma que na relação de poder profissional-paciente está implicado o direito absoluto da não-loucura sobre a loucura (Foucault, 2007).

Olga nos propõe olhar para além da loucura/não-loucura. Ela nos convida a ver o ser humano de outra perspectiva.

### **b. Participação social**

*Alguns de nós trabalhamos nessa Lei da Saúde Mental. Não todos, os mais capazes. Nas palestras que se oferecem, sempre se fala sobre a realidades da saúde mental e para todos os emails que eu recebo, com convites para congressos, sempre convido alguém mais. Vão comigo três ou quatro. Levo-os comigo em algum congresso. No último congresso de psiquiatria, três dos meus participaram.*



A partir da experiência de Olga podemos nos perguntar: quão incluídos e reconhecidos se sentem ela e os membros de seu grupo na elaboração do projeto de Lei e Programas de Saúde Mental? E até onde essa participação está garantida pelos espaços políticos ou seria uma conquista proveniente de iniciativas particulares?

### c. Inclusão

*Sabe qual é a questão sobre a inclusão? É o fator econômico. Incluir, como no meu caso, um psicossocial, por exemplo, exige horários especiais, tratamento especial, trabalhos especiais e tudo isso redundando em menos utilidade. Mais gastos e menos utilidade. Então, as empresas, e as empresas privadas menos ainda, as próprias empresas públicas não querem gastar com pessoas que não rendem. Apelar para a humanidade deles? Já era! Esse é o verdadeiro problema. Agora, acolhem o cego, o surdo, o cadeirante, porque rendem, porque fazem o trabalho. O deficiente psicossocial, por exemplo, tem dia que amanhece mal e não vai trabalhar tranquilamente. Esse é o problema: o fator econômico. Não é um empregado seguro, porque depende do humor com que está. Para mim, o problema principal é econômico. Mas o surdo sempre aparece, o cego sempre aparece, o paraplégico sempre aparece. E o bipolar é irascível, discute com os colegas. É uma pessoa que preferem ter longe. É muito difícil, eu não conheço casos em que um bipolar tenha conseguido um emprego.*

Na entrevista, quando perguntamos a Olga sobre as experiências em

inclusão, ela enfatizou a inclusão no trabalho.

Entendemos que a inclusão no trabalho das pessoas que têm alguma deficiência psicossocial requer principalmente políticas de fortalecimento e capacitação de recursos humanos que promovam novas formas de conversar sobre a inclusão partindo da perspectiva dos direitos e não do assistencialismo. Olhando para os recursos e não para as limitações, para a valorização da diversidade e não apenas para a produtividade.

A inclusão no trabalho de pessoas com deficiências psicossociais pressupõe uma mudança paradigmática, pois exigiria da sociedade um compromisso diferente: para além do observável, deveria concentrar-se na promoção dos direitos.

### d. Discriminação

*Vão se capacitando porque fico com pena de que se considere o doente mental como um bobó, um tonto, um ignorante e um inútil. Não é assim. Porque eu sou doente mental e não sou nem bobó, nem ignorante, nem inútil. E se eu consegui.... por que os outros também não poderiam?!*

O preconceito de considerar as pessoas com diagnóstico de algum transtorno como “bobos” pode limitar sua vida e reduzi-la a um único aspecto, criando na linguagem estruturas rígidas mais do que processos que possibilitem a ampliação das perspectivas.

Levando em conta a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência\*, qualquer forma de discriminação em razão de sua deficiência é uma vulneração da dignidade.

Harold Goolishian e Harlene Anderson, na conferência sobre

\* A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo foram aprovados em 13 de dezembro de 2006 na Sede das Nações Unidas em Nova Iorque.

"Despatologização da saúde mental" (Texas, 1991), refletiram sobre as conotações da linguagem das deficiências e suas implicações em trabalhos teóricos, clínicos e de pesquisa, perguntando-se o que mudaria se utilizássemos uma linguagem de descrições alternativas ao invés da linguagem que situe no centro o déficit (Friedman, 2005).

#### e. *Autonomia*

***O verdadeiro princípio da autonomia, para mim, é "ninguém tem o direito de me fazer o bem sem meu consentimento"....***

***O psiquiatra acha que está fazendo o bem, não lhe importa se você grita, chora ou está com medo. Para ele, tem esse direito porque está fazendo "o bem".***

"De seu sofrimento e singularidade sabemos coisas suficientes, das quais você nem suspeita, para reconhecer que são uma doença; mas nós conhecemos essa doença o bastante para saber que não pode exercer sobre ela nenhum direito" (Foucault, 2007, p. 339). Foucault propunha que quando a pessoa é desqualificada como louca, é despojada de todo poder e, portanto, de todo seu saber no que diz respeito à sua doença.

"Nossa ciência permite chamar de doença sua loucura e, por isso, nós, os médicos, estamos qualificados para intervir e diagnosticar em você uma loucura que te impede de ser um doente como os outros: você será, portanto, um doente mental" (Foucault, 2007, p.339).

Por outro lado, o movimento inicialmente conhecido como "anti-psiquiatria"\* propunha devolver ao indivíduo o direito de levar sua loucura até o final, em uma experiência na qual os outros (profissionais) poderiam contribuir

mas nunca em nome de um poder que lhe seja conferido por seu saber.

Propomos a revisão do uso do termo "antipsiquiátrico", entendendo que surge como crítica ao modelo de relação profissional-usuário proposto pela psiquiatria tradicional. No entanto, a palavra "antipsiquiatria" parecia excluir os psiquiatras quando, na realidade, o que se propõe seria uma mudança no olhar e não a exclusão dos aportes dessa disciplina.

O pensamento pós-moderno resgata as ideias mencionadas questionando a postura do especialista, cuja intervenção modifica o sistema e a pessoa. Coloca ênfase nas posturas colaborativas, nas quais os profissionais (incluídos os psiquiatras) deveríamos considerar que os direitos são inerentes às pessoas e não aos seus atos.

As palavras de Olga são claras e fortes e ressoam em nossos ouvidos carregados de livros, seminários, técnicas e estratégias que buscam o bem-estar. Quem poderia definir o que é bem-estar se não a própria pessoa? Que tipo de conversas permitiriam que as pessoas expressassem seus próprios significados de bem-estar?

#### **Uma maneira diferente de contar a vida**

***Escrever me diverte... eu não invento a história, só recrio a realidade.***

Todos nós temos problemas que não podemos solucionar. No entanto, o significado que atribuímos à experiência é o que determinaria a **experiência** em si (White, 1997).

A narrativa nos dá a possibilidade de compreender nossas vidas a partir das histórias que criamos.

***O primeiro livro, La de antes, e o segundo, eu escrevi para desmistificar***

\* Termo cunhado por David Cooper em 1967.

***que o louco não tenha consciência da realidade.***

A escrita constitui-se, para Olga, em uma experiência de criação e movimento na qual a história problemática dominante é externalizada e ao mesmo tempo recriada em histórias alternativas a partir das conversas que possibilitaram novas narrativas com significados distintos que permitiram explorar e potencializar seus recursos, fortalezas e qualidades (White & Epston, 1993).

Quando Olga se apresenta, seja nesta entrevista ou em outras situações, prefere fazê-lo dizendo que ela é “uma pessoa bipolar” ou “uma pessoa portadora de deficiência psicossocial”. Ela o faz com a intenção de promover nos outros o assombro, a curiosidade e o seguinte questionamento: “Como ela, que fala vários idiomas, que trabalha como tradutora e professora, que escreve livros, atuante no âmbito político dos direitos etc. pode ser uma pessoa deficiente do ponto de vista psicossocial?” Nessa proclamação de sua condição, procura gerar nas pessoas uma ideia diferente, afastada dos estigmas, trazendo com sua vida todas as histórias e relatos alternativos que o diagnóstico não pôde oprimir.

Encontramos nas descrições que Olga faz de si mesma em seus livros publicados uma desconstrução da ideia dominante de que aqueles que receberam um diagnóstico de deficiência psicossocial estão invalidados cognitivamente e socialmente. “O modo narrativo situa a pessoa como protagonista ou como participante em seu próprio mundo. É um mundo de ações interpretativas, um mundo no qual recontar uma história é contar uma história nova” (White & Epston, 1993, p. 93).

**Reflexões finais: nossos diálogos internos continuam ativos**

Olga não estudou psicologia nem psiquiatria na universidade. Também não estudou sobre grupos. No entanto, suas experiências de 28 anos de internações em diferentes hospitais psiquiátricos no Paraguai e em outros países, somada à sua sensibilidade e posição reflexiva diante dos diagnósticos e tratamentos coordenados por profissionais, lhe permitiram compreender e propor uma maneira de acompanhar as pessoas que receberam o diagnóstico de transtorno bipolar.

Ela questiona a ideia de “**atropelar a dignidade da pessoa com a intenção de lhe devolver sua saúde mental**” e, a partir daí, postula que o mais importante no tratamento é a contenção humana, a informação sobre o diagnóstico e tratamentos, e a inclusão no mundo do trabalho.

Propõe que há valores mais importantes na vida do que ter saúde mental, aspecto considerado a partir do recorte do profissional, validado a partir da postura do “saber”, um saber que inclui teorias e ao mesmo tempo esquece que exclui pessoas, pessoas com histórias, histórias com relatos que contêm “seu saber”.

Conectar os relatos de Olga com os autores escolhidos nos permitiu refletir sobre nossas práticas e a linguagem que utilizamos, assumindo que desta dependerá o mundo que configuremos, não apenas para nós mesmos, mas também para os outros, com quem vivemos e trabalhamos diariamente.

Afastadas da ideia de tornar absoluto o saber profissional e propor tratamentos exclusivamente farmacológicos, encontramos na narrativa de Olga uma maneira de nos aproximarmos a

um significado diferente sobre a "saúde mental", que inclui e dá prioridade às histórias daqueles que receberam um diagnóstico.

Olga nos traz a história de um grupo que, em um contexto de confiança, conseguiu se auto-organizar propondo recursos para seus membros, atuando na construção de espaços públicos relacionados à saúde mental, propondo linguagens alternativas à linguagem dos diagnósticos.

Reconhecemos a complexidade do problema da saúde mental nos sistemas públicos no Paraguai, o que mereceria uma análise histórica, política, legal e contextual que permitisse ampliar ainda mais a diversidade de perspectivas. Contudo, nesta ocasião sentimo-nos convocadas e interpeladas pela voz de Olga.

Resgatando o valor das perguntas sobre afirmações, surgem como perguntas algumas reflexões:

- até que ponto nós, profissionais da saúde, somos suficientemente inclusivos para nos despojarmos das nossas teorias e incluir os desafios da participação de pessoas com deficiências psicossociais no desenho de seus tratamentos?
- a que tipos de conversas teríamos que dar prioridade e com quem teríamos que conversar para acompanhar essa transformação em direção a um modelo mais inclusivo?
- o que mudaria nas práticas profissionais se os estudantes e profissionais da saúde mental tivessem um conhecimento próximo da experiência deste e de outros grupos criados espontaneamente por usuários?
- que palavras poderíamos começar a construir como pontes entre as categorias diagnósticas e as próprias experiências de vida?

Existem tantas reflexões e tão poucos espaços para compartilhá-las, que oportunidades como estas se transformam em verdadeiros contextos de formação que transcendem a teoria e a conectam com a vida...

*"Através da borda direita,  
de seu vento feito camisa,  
com um amigo quimérico  
põem-se a conversar.  
Sobre histórias de bolos  
sem saber, na realidade,  
quem é sonho e quem é verdade"*  
(Bilbao, 2010, p. 46)

## REFERÊNCIAS

- Andersen, T.** (1994). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre diálogos*. (Trad. Daniel Zadunaisky). Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H.** (1999). *Conversación lenguaje y posibilidades. Un enfoque postmoderno de la terapia*. Trad. Jorge Colapinto. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Bilbao, O.** (2010). *Imagen sobre imagen*. Asunción: Editorial Zada.
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>
- Cooper, D.** (1967). *Psiquiatría y anti psiquiatría*. <http://es.scribd.com/doc/61998926/Psiquiatría-y-antipsiquiatría-David-Cooper-1967>
- Foucault, M.** (2007). *El poder psiquiátrico*. Trad. Horacio Pons. [http://www.bsolot.info/wp-content/pdf/Foucault\\_Michel-El\\_poder\\_psiquiátrico.pdf](http://www.bsolot.info/wp-content/pdf/Foucault_Michel-El_poder_psiquiátrico.pdf)
- Friedman, S.** (comp). (2005). *Terapia Familiar con Equipo de Reflexión. Una práctica de colaboración*. (Trad. Zoraida Valcárcel.). Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

- Gergen, K.** (1996). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social.* (Trad. Ferran Meler Ortí). Barcelona: Editorial Paidós.
- Gergen, K., & McNamee, S.** (1996). *La terapia como construcción social.* (Trad. Ofelia Castillo). Barcelona: Editorial Paidós.
- Maturana, H., & Varela, F.** (2003). *El árbol del conocimiento. Bases biológicas del entendimiento humano.* Chile: Editorial Universitaria y Editorial Lumen.
- McNamee, S.** (2001). Recursos relacionales: la reconstrucción de la terapia y otras prácticas profesionales en el mundo postmoderno. *Sistemas Familiares.*
- Packman, M.** (comp). (1996). *Construcciones de la experiencia humana.* (Volumen I). Barcelona: Editorial Gedisa.
- Schnitman, D.F.** (comp). (1994). *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad.* Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Seikkula, J., & Arnkil, T.** (2006). *Dialogical Meetings in Social Networks.* London: Editorial Karnac.
- White, M., & Epston, D.** (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos.* (Trad. Ofelia Castillo, Mark Beyebach y Cristina Sánchez). Barcelona: Editorial Paidós.
- White, M.** (1997). *Guías para una terapia familiar sistémica.* Trad. Alcira Bixio. Barcelona: Editorial Gedisa.