

**ANA LUZIA CARDOSO BEZERRA**

**OUVIDORES DE VOZES: AS EXPERIÊNCIAS DE VIDA E SOFRIMENTO NO  
FENÔMENO DE AUDIÇÃO DE VOZES**

**BRASÍLIA**

**2022**

**ANA LUZIA CARDOSO BEZERRA**

**OUVIDORES DE VOZES: AS EXPERIÊNCIAS DE VIDA E SOFRIMENTO NO  
FENÔMENO DE AUDIÇÃO DE VOZES**

Monografia apresentada à Faculdade de  
Psicologia do Centro Universitário de Brasília  
– UniCEUB como requisito final para  
conclusão do curso de Psicologia.

Professora-orientadora: Dra. Tania Inessa  
Martins de Resende

**BRASÍLIA**

**2022**

**ANA LUZIA CARDOSO BEZERRA**

**OUVIDORES DE VOZES: AS EXPERIÊNCIAS DE VIDA E SOFRIMENTO NO  
FENÔMENO DE AUDIÇÃO DE VOZES**

Monografia apresentada à Faculdade de  
Psicologia do Centro Universitário de Brasília  
– UniCEUB como requisito final para  
conclusão do curso de Psicologia.

Professora-orientadora: Dra. Tania Inessa  
Martins de Resende

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profª. Tania Inessa Martins de Resende, Dra.

---

Prof. Guilherme Freitas Henderson, Dr.

---

Virgínia Medeiros De Paula Pessoa, Esp.

Brasília, 10 de Dezembro de 2022

## DEDICATÓRIA

*Este trabalho é dedicado a todos aqueles que se interessam pelo campo da saúde mental e acreditam em formas de cuidado desestigmatizantes e despatologizantes que respeitam a forma de ser e existir de cada sujeito.*

## AGRADECIMENTOS

Sou muito grata por estar rodeada de pessoas que sempre me apoiaram e me deram suporte. Pessoas que fazem parte da minha vida ou que me marcaram, que tenho um profundo carinho e admiração.

Primeiramente, aos meus pais, Francisco e Leni, que me apoiaram de todas as formas possíveis para que eu pudesse chegar até esse momento. Vocês são minha inspiração e agradeço por todo amor, carinho, cuidado e também pela criação que me deram. Todo o aprendizado que tive (e continuo tendo) com vocês construíram em mim valores que irão refletir em minha prática profissional, de amor, responsabilidade, solidariedade e empatia. Pai, obrigada por todo o carinho e companheirismo; o senhor é o meu modelo de bondade, força e resiliência. Mãe, obrigada por todo o amor, incentivo e conselhos; obrigada por me ensinar a importância de lutas sociais e por me fazer enxergar, desde criança, pessoas que em nossa sociedade são invisíveis. Eu amo vocês!

As minhas irmãs, Luene e Ana Teresa que tanto amo. Acho importante mencionar aqui que a Lú tem deficiência intelectual e foi com ela, juntamente com meus pais, que aprendi a não enxergar a “diferença”. Foi apenas após dar início a vida escolar que tive contato com preconceitos e estigmas direcionados a Luene. Foi com a Lú que aprendi que cada pessoa tem formas diferentes de ser e estar no mundo, que cada ser humano tem potencialidades, que as formas de comunicação existem para além da linguagem, que o “eu te amo” pode ser dito quando você me entrega seus brinquedos mais queridos.

A Ana Teresa, por sempre estar ao meu lado, por cuidar de mim, por me incentivar, por acreditar em minha capacidade. Com a Tetê pude aprender como a atuação de um profissional da área de saúde pode ser permeada pela humanização, pelo carinho, pela disponibilidade afetiva e pela criação de vínculos. Você é minha inspiração, eu te amo!

A minha amiga Natália Barbosa, com quem eu compartilho no mínimo uns 17 anos de amizade. Obrigada pelos incentivos, pelo carinho, pela parceria, por sempre estar comigo. Saiba que você é a irmã que a vida me deu e eu sou muito grata por isso. Amo muito você.

As amigas que a Psicologia me deu: Aline Nogueira, Ana Luiza (minha quase xará), Beatriz Agra e Júlia Cavalcante. Eu amo tanto vocês e sou muito grata por ter encontrado vocês nesse curso. Obrigada por toda a parceria, amor, incentivos, risadas e momentos de choro coletivo. Vocês foram fundamentais na minha formação, na nossa formação. Eu não sei como seria meu percurso acadêmico sem vocês, que me apaziguaram nos momentos de angústia, me apoiaram e acreditaram em mim.

Ao CAPS, por ter sido uma experiência transformadora em minha vida. Aos frequentadores que confiaram a mim suas histórias, com quem pude aprender tanto. Aos profissionais por me receberem de braços abertos, por confiarem e apoiarem meus projetos. Em especial aos psicólogos do serviço: Mariana, Sandra, Kely, Eduardo e Adriano, pelas orientações, aprendizados e trocas.

A todos os meus professores, que contribuíram para a minha formação. Em especial a minha orientadora Professora Dra. Tania Inessa Martins de Resende por todo incentivo e carinho. Aprender com você foi um divisor de águas em minha formação, foi um privilégio tê-la como orientadora e mergulhar no campo da saúde mental. Você me ensinou o potencial do CAPS e a importância de lutar por esses serviços de saúde mental.

## RESUMO

Esta pesquisa refere-se à temática Ouvidores de Vozes e sua relação com a saúde mental, baseando-se na abordagem do Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes (HVM) e na perspectiva psicanalítica acerca desse fenômeno. Tem por objetivo analisar as relações entre as experiências de vida e sofrimento psíquico com o fenômeno de ouvir vozes. Esse estudo tem como premissa compreender a possível conexão entre o conteúdo das vozes e a história de vida de pessoas que ouvem vozes, buscando também aproximações entre os modelos de cuidados propostos pela abordagem do HVM e pelo CAPS. Esse tema é de relevância por se tratar de um fenômeno que é mal compreendido socialmente, sendo cercado por preconceitos e estigmas que resultam na exclusão social de pessoas que ouvem vozes, impactando nos cuidados que estas recebem nas redes de saúde. A metodologia utilizada foi a qualitativa, em que a análise de dados e construção da informação se baseou na Hermenêutica de Profundidade (HP). Os dados foram coletados a partir de diários de campo; uma entrevista semiestruturada, que foi realizada com uma psicóloga que atua no campo da saúde mental; e uma entrevista narrativa, que foi realizada com uma ouvidora de vozes. A partir das análises, das vivências no cotidiano do CAPS e da articulação com a literatura, foi observado que para o sujeito traçar suas elaborações e dar sentido às vozes é essencial que se tenha um espaço de escuta e de fala acolhedor, despatologizante e desestigmatizante associado com outras estratégias, tais como o recurso narrativo no compartilhamento de histórias; e a convivência como dispositivo de cuidado.

**Palavras-chaves:** Saúde Mental, Ouvidores de Vozes, CAPS.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>CAPÍTULO 1 – O FENÔMENO DE OUVIR VOZES</b> .....	13
1.1 Breve contextualização histórica e cultural sobre a audição de vozes.....	13
1.2 O surgimento do Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes (HVM) e seus ideais.....	16
1.3 HVM: uma nova forma de cuidar.....	18
1.4 Considerações psicanalíticas acerca da audição de vozes.....	22
<b>CAPÍTULO 2 – CAPS: UM MODELO DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL</b> .....	26
2.1 A Luta Antimanicomial e o nascimento do CAPS.....	26
2.2 Retrocesso no campo da atenção psicossocial: a tentativa de desmonte da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM).....	31
<b>CAPÍTULO 3 – OS GRUPOS COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL</b> .....	36
3.1 Aproximações e diferenças entre o CAPS e o HVM.....	36
3.2 A convivência e as disponibilidades afetivas do cuidado.....	38
<b>CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA</b> .....	42
4.1 Entrevista narrativa.....	43
4.2 Entrevista semiestruturada.....	44
4.3 Diários de campo.....	44
4.4 Procedimentos.....	45
<b>CAPÍTULO 5 – ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES QUALITATIVAS</b> .....	47
5.1 Contextualização sócio-histórica.....	47
5.2 Análise formal.....	49
5.2.1 Narrativa de Mônica.....	49
5.2.2 Categorias de sentido.....	55
5.3 (Re)interpretação.....	68
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	74
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	76
<b>APÊNDICE</b> .....	85
<b>Roteiro de Entrevista Semiestruturada</b> .....	85
<b>Roteiro de Entrevista Narrativa</b> .....	85



## INTRODUÇÃO

Meu interesse pela temática de ouvidores de vozes se iniciou quando tive a oportunidade de participar do II Congresso Online Nacional Ouvidores de Vozes em Saúde Mental que aconteceu no ano de 2021. Até então, nunca tinha entrado em contato com o tema e, ao ser apresentada as perspectivas de cuidados do Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes (*Hearing Voices Movement – HVM*), me impressionou sua potencialidade para a atuação no campo da saúde mental. A abordagem do HVM prioriza o respeito, a validação e o acolhimento das experiências que os ouvidores de vozes vivenciam. A oportunidade de ouvir os relatos de ouvidores e de profissionais da saúde, nacionais e internacionais, foi muito enriquecedora. Nesses relatos ficou evidente que, por mais que as vozes fossem terríveis, havia a possibilidade de ter uma relação funcional com elas, estabelecendo limites ou outros tipos de estratégia.

Embora a audição de vozes não seja um fenômeno recente, sendo encontrados relatos sobre a experiência com as vozes desde a Idade Antiga por povos egípcios, gregos, romanos, etc. (BAKER, 2019/2009). Atualmente, pessoas que ouvem vozes ainda sofrem com preconceitos e estigmas, reforçados pelo modelo biomédico, resultando na exclusão social tanto para as pessoas que ouvem vozes como qualquer pessoa que tenha algum transtorno mental (CORRADI-WEBSTER; SANTOS; LEÃO, 2017). Dessa forma, pessoas que ouvem vozes acabam sendo submetidas a diversos tipos de violências na esfera social e na esfera institucional, uma vez que para a percepção do imaginário social o fenômeno das vozes é entendido como uma patologia, muitas vezes associadas a uma ideia de periculosidade que precisa reprimida e “corrigida” (CORRADI-WEBSTER, SANTOS, LEÃO, 2017; BARROS, SERPA JÚNIOR, 2017).

A criação do HVM foi fundamental para que ouvidores de vozes pudessem falar sobre as suas vozes sem serem estigmatizados. O grupo de ouvidores de vozes, para além de ajudar ouvidores a lidarem com essa experiência, também se torna um espaço em que preconceitos são desconstruídos uma vez que o fenômeno da audição de vozes pode ser compreendido por diversos vieses não patologizantes, a depender da cultura e das experiências de vida de cada sujeito (BAKER, 2019/2009; FERNANDES, 2017; WOODS, 2013).

Somado a isso, a experiência que tive no estágio acadêmico em saúde mental também reforçou o meu interesse pelo tema. O estágio possibilitou que eu participasse de um grupo de

ouvidores de vozes em um CAPS do DF. Neste grupo, pude me deparar com pessoas que experienciaram de diversas formas o fenômeno das vozes: algumas estabelecem um nexo causal entre eventos vivenciados e as vozes enquanto outras ainda estão a procura de um “por quê”; algumas sofrem por não conseguir controlá-las e desejam que elas desapareçam; outras, apesar de não conseguirem dizer não às vozes, compreendem que as vozes fazem parte de suas vidas, considerando-as como companhias com quem podem conversar. Foi uma experiência muito rica participar do grupo, pude aprender com os frequentadores e, nas vezes que tive oportunidade de ser facilitadora, tive a honra dos participantes confiarem suas histórias a mim.

Este trabalho tem como tema a articulação das experiências de vida e sofrimento com o fenômeno de audição de vozes, defendendo que a audição de vozes não se trata de um fenômeno externo ao indivíduo, mas que está profundamente conectado com a sua história de vida e sofrimento. Nesta pesquisa, também busco aproximações entre o Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes (HVM) e o modelo de atenção psicossocial dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), uma vez que os CAPS referem-se a serviços de atenção e cuidado à saúde mental que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); e aproximações entre a abordagem psicanalítica e a abordagem do HVM, tendo em vista que a experiência de ouvir vozes em ambas abordagens pode ser compreendida como um sinal de que existem questões, que podem estar ligadas ao sofrimento psíquico, que precisam de atenção (FREUD, 2011/1924; ROMME e ESCHER, 1989, 2009). Além disso, também é refletida a experiência da autora como participante e facilitadora de um grupo de ouvidores de vozes em um CAPS.

Esta pesquisa teve como objetivo geral analisar as relações entre as experiências de vida e sofrimento psíquico com o fenômeno de ouvir vozes. Os objetivos específicos tinham como pretensão traçar aproximações entre o movimento de ouvidores de vozes e o modelo de cuidado do CAPS e relacionar aspectos entre as concepções da psicanálise e do movimento de ouvidores de vozes a respeito do fenômeno de audição de vozes.

Para a análise, foram utilizados diários de campo produzidos a partir das experiências vivenciadas no grupo e duas entrevistas: uma semiestruturada realizada com uma psicóloga que atua no campo da saúde mental e tem experiência como facilitadora de um grupo de ouvidores de vozes; e uma narrativa realizada com uma pessoa que vivencia a experiência de ouvir vozes e participa de um grupo de ouvidores de vozes. A pesquisa foi submetida e

aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), sob protocolo nº 5.604.832, as entrevistas foram realizadas mediante a concordância das participantes, orientações fornecidas pela pesquisadora e assinaturas do TCLE.

Esta monografia foi dividida em cinco capítulos.

O primeiro capítulo é composto por quatro tópicos e tem como objetivo apresentar o HVM, discorrendo sobre o seu surgimento, os seus ideais defendidos a partir de uma postura de desestigmatização e algumas formas de cuidado propostas pelo movimento como alternativas ao tradicionalismo psiquiátrico. Além disso, esse primeiro capítulo também busca paralelos entre as compreensões psicanalítica e do HVM sobre o fenômeno da audição de vozes. O primeiro tópico traz um breve resgate histórico-cultural acerca do fenômeno das vozes, bem como aborda sobre a herança biomédica e seus efeitos para os ouvidores de vozes. O segundo tópico apresenta o surgimento do HVM e os seus ideais. O terceiro tópico apresenta algumas compreensões do HVM sobre o fenômeno das vozes, bem como algumas estratégias de cuidado desenvolvidas pelo movimento. Por fim, o último tópico apresenta algumas aproximações possíveis, guardadas as diferenças, entre a abordagem psicanalítica e a abordagem do HVM a respeito da origem das vozes, seus conteúdos e as experiências de vida do ouvidor.

O segundo capítulo é composto por dois tópicos e busca apresentar e descrever os objetivos, o modo de funcionamento e os desafios dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). No primeiro tópico é realizado breve resgate histórico sobre a luta antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica no Brasil até a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), caracterizando-se os CAPS. O segundo tópico traz alguns desafios que a RAPS tem enfrentado em termos políticos que ameaçam o seu funcionamento.

O terceiro capítulo também é composto por dois tópicos e tem como objetivo pensar a potencialidade dos grupos como estratégias utilizadas pelos CAPS e pelo HVM, assim como a convivência constituindo um cuidado alinhado com as diretrizes da atenção psicossocial. O primeiro tópico aborda sobre o funcionamento dos grupos nos CAPS e na abordagem do HVM. O segundo tópico discorre sobre a convivência como dispositivo de cuidado em saúde mental.

O quarto capítulo refere-se à metodologia utilizada no presente trabalho. A pesquisa utiliza a abordagem qualitativa, que permite um diálogo crítico com a realidade e um processo

constante de reflexão acerca do fenômeno estudado (MINAYO, 2012). Neste capítulo também são apresentados os materiais de análise que foram utilizados, sendo eles: os diários de campo, a entrevista semiestruturada e a entrevista narrativa.

O quinto e último capítulo é referente a análise das informações qualitativas que foram produzidas pelos diários de campo e entrevistas abordadas no capítulo anterior. A análise é realizada a partir da Hermenêutica de Profundidade (HP) recuperada por Demo (2006), e criada por Thompson (1995), que propõe uma reinterpretação do fenômeno estudado. A HP é composta por três etapas: a análise sócio-histórica, análise formal ou discursiva e a interpretação/reinterpretação, que serão descritas nesse mesmo capítulo.

## **CAPÍTULO 1 – O FENÔMENO DE OUVIR VOZES**

Este primeiro capítulo pretende apresentar uma breve contextualização histórica acerca do fenômeno de audição de vozes até o surgimento do Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes (HVM). O HVM apresenta uma nova perspectiva sobre o fenômeno das vozes que pode contribuir com os cuidados em saúde mental, propiciando a desestigmatização e a desvinculação da herança manicomial que ainda se mostra presente em alguns serviços de saúde. Nesse sentido, o HVM propõe formas de cuidado alternativas ao tradicionalismo psiquiátrico, promovendo a desestigmatização do ouvidor de voz e a despatologização do fenômeno, priorizando o respeito, a validação e o acolhimento das experiências que os ouvidores de vozes vivenciam. Dessa forma, este capítulo também visa abordar alguns ideais em que o movimento se baseia e algumas estratégias de cuidado concebidas por essa abordagem. Além disso, este capítulo também busca articular aproximações possíveis, guardadas as diferenças, entre a abordagem psicanalítica e a abordagem do HVM, tendo em vista que a experiência de ouvir vozes em ambas abordagens pode ser compreendida como um sinal de que existem questões, que podem estar ligadas ao sofrimento psíquico, que precisam de atenção e cuidado (FREUD, 2011/1924; ROMME e ESCHER, 1989, 2009).

### **1.1 – Breve contextualização histórica e cultural sobre a audição de vozes**

Há diversos relatos sobre o fenômeno de ouvir vozes ao longo da história, em que, a depender da época e da cultura, os sentidos atribuídos a elas mudam. Em referências às pesquisas realizadas por Sandra Escher, Baker (2019/2009) afirma que há relatos, desde a Idade Antiga, em que povos egípcios, gregos, romanos, etc., vivenciavam experiências com as vozes e, para estes povos, as vozes traziam mensagens divinas, conselhos e orientações. Mais tarde, estas pessoas que ouviam vozes divinas e mensageiras passaram a ser consideradas oráculos, sacerdotes, profetas, médiuns, etc. Estas denominações foram amplamente consideradas em contextos religiosos e espirituais, que se perpetuaram, com novas roupagens, até os dias atuais (BAKER, 2019/2009; FERNANDES, 2017).

Foi no período da Idade Moderna que começaram a ser construídas teorizações em diferentes campos do saber acerca da audição de vozes, no entanto, de acordo com Fernandes (2017), as perspectivas que mais se destacaram e se difundiram foram as que se baseavam no modelo biomédico. Desse modo, a medicina e a psiquiatria foram consideradas ciências

especializadas em audição de vozes por muitos séculos, em que o fenômeno de ouvir vozes passou a ser compreendido por um viés psicopatológico, configurando-se como um sintoma de diferentes tipos de “doenças mentais”.

Essa forma de enxergar o fenômeno foi influenciada pelo surgimento da psiquiatria no século XVII, em que as ideias e métodos empregados por Philippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, foram amplamente difundidos pelo Ocidente. O paradigma biomédico passou a direcionar os manejos clínicos de instituições médicas após a Revolução Francesa. Este modelo é centrado nas doenças e não nos sujeitos que as experienciam, sendo marcado pela hierarquização dos papéis sociais, ou seja, os profissionais da saúde detêm poder sobre o sujeito e este deve obedecê-los, levando a desumanização e a perda de direitos, de liberdade e de decisão dos pacientes (TENÓRIO, 2001). Nesse contexto, os hospitais assumiram um lugar de controle social, em que as pessoas eram alocadas para o tratamento a depender do julgamento de outra; como também se tornaram um ambiente para o estudo de doenças (AMARANTE, 2013).

Atualmente, este modelo, que se baseia na concepção de sintoma-doença, ainda é presente na formação de diferentes profissionais que atuam na saúde mental. Nesse sentido, esse viés pode gerar e reforçar preconceitos e estigmas, ocasionando na exclusão social tanto para as pessoas que ouvem vozes como qualquer pessoa que tenha algum transtorno mental (CORRADI-WEBSTER; SANTOS; LEÃO, 2017). Uma vez que o tratamento é considerado através de uma dinâmica doença-cura, o sujeito torna-se um paciente passivo, tornando-se um objeto a ser tratado e estudado, em que o foco recai somente nos sintomas, desconsiderando-se a história de vida do sujeito (LEADER, 2013).

Neste cenário, a violência pode aparecer de diversas formas, associando-se à produção e/ou o agravamento do sofrimento psíquico. Na esfera social, pode ocorrer a exclusão social, a negação dos direitos e até barreiras que impeçam o acesso ao tratamento a sujeitos em sofrimento mental (DELGADO, 2012). Gusmão et al. (2018, p. 604) também acrescentam que: “entre as formas de violência produtoras de sofrimento psíquico, as mais presentes são as agressões intrafamiliares físicas, sexuais e psicológicas, além dos maus tratos e ameaças”.

Outra temática associada a violência no campo da saúde mental trazida pelos autores, refere-se ao imaginário social, em que uma relação causal é traçada entre comportamentos violentos e/ou risco de periculosidade com o campo da psiquiatria; ou seja, parte da população

acredita na ideia de que pessoas com algum tipo de transtorno mental possuem maior probabilidade de serem violentas. Essa crença está relacionada às heranças do paradigma biomédico na contemporaneidade, em que o imaginário social associa violência à “loucura” (GUSMÃO et al., 2018).

A experiência de ouvir vozes está submetida a essas percepções culturais e, principalmente na cultura ocidental moderna, a audição de vozes é entendida como uma manifestação de uma doença mental, que requer uma intervenção psiquiátrica, um sintoma que deve ser suprimido. As pessoas que ouvem vozes acabam por ser estigmatizadas pelo imaginário social, estando submetidas a diversos tipos de violências. No entanto, como se trata de uma experiência que é vivenciada por diversas pessoas em diferentes épocas e contextos socioculturais, é importante ter em vista que tais experiências podem ter diversos e múltiplos significados (BARROS; SERPA JÚNIOR, 2017). Como apontam Egito e Silva (2019, p. 63): “constitui-se como um agrupamento de experiências com significados diversos, que variam conforme a história de vida de quem ouve vozes e de acordo com o sistema de ideias, valores e crenças da cultura na qual está inserido”.

Barros e Serpa Júnior (2017) também trazem que em alguns casos as vozes podem ter um efeito perturbador tanto para o sujeito que as ouve, quanto para familiares e amigos. As vozes podem se manifestar de formas hostis e controladoras, gerando preconceito e fazendo com que os ouvidores de vozes se escondam e busquem lidar sozinhos com esse fenômeno por despertarem sentimentos como medo, vergonha, ansiedade, desespero etc. (WOODS, 2013). Nesse sentido, é importante que se tenha um espaço para que essas experiências possam ser expressas sem associá-las a um discurso psicopatológico, permitindo que as pessoas que ouvem vozes possam se colocar em outros papéis sociais que não aqueles que as restringem a pacientes psiquiátricos e/ou “loucos” (EGITO; SILVA, 2019).

Fernandes (2017) aponta que uma das estratégias, para desconstruir esses preconceitos e seus efeitos em relação às pessoas que ouvem vozes seria ampliar a compreensão acerca do fenômeno por outras óticas e vieses, baseando-se na contextualização dos fenômenos das vivências humanas através da história e da cultura, propiciando novos entendimentos e sentidos para as vozes. A exemplo disso, tem-se a abordagem fundada pelo Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes (*Hearing Voices Movement – HVM*) em que a compreensão das experiências de vida e sofrimento de cada sujeito são fundamentais para o

cuidado, contribuindo para a elaboração de estratégias de intervenção por outras vias que não a patologização (BAKER, 2019/2009).

## **1.2 O surgimento do Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes (HVM) e seus ideais**

O HVM surgiu na década de 80, sendo concebido pelo psiquiatra Marius Romme, sua paciente Patsy Hogg e pela pesquisadora Sandra Escher, na Holanda. Sua origem se deu a partir de reflexões e questionamentos de Patsy fomentados pela leitura do livro “*The origin of consciousness in the breakdown of the bicameral mind*” de Julian Jaynes, que abordava sobre as experiências de povos antigos com a audição de vozes (ROMME e ESCHER, 1989, 1997; BAKER, 2019/2009). De acordo com Jaynes (2000), citado por Fernandes (2017), para estes povos, as vozes eram compreendidas como um fenômeno natural em suas vidas.

Patsy, que se encontrava em sofrimento psíquico devido a audição de vozes, sentia que o suporte médico não a auxiliava, pois os medicamentos não paravam as vozes que escutava e, por outro lado, sofria com a falta de crença de seu médico e pessoas à sua volta em relação às suas experiências com as vozes. Então, um dia, Patsy questionou Marius sobre a dificuldade que ele tinha em aceitar as vozes que ela escutava, uma vez que ele e outras pessoas de sua convivência consideravam que a experiência dela era errada e problemática, ao passo que estas mesmas pessoas aceitavam a ideia de um Deus que ninguém conseguia ver, mas que podia se comunicar com elas quando iam a igreja (ROMME e ESCHER, 1989, 1997; BAKER, 2019/2009).

A partir disso, não tendo uma resposta para tal indagação, Romme mudou a sua postura e passou a procurar formas de compreender o fenômeno de ouvir vozes através da perspectiva das próprias pessoas que tinham essa experiência. A primeira medida tomada por Romme e Patsy foi ir a um programa de televisão, em que comunicaram a respeito da experiência de ouvir vozes e convidaram pessoas que escutavam vozes a entrar em contato com eles para falar sobre suas experiências. Ao total, foram recebidas 700 ligações, em que 300 achavam que podiam lidar com as vozes sem intervenções médicas e 150 utilizavam suas próprias estratégias de enfrentamento (ROMME e ESCHER, 1989; FERNANDES, 2017; BAKER, 2019/2009).

Com os anos posteriores de estudo em relação à audição de vozes, Romme e Escher (1989) compreenderam que uma explicação patológica acerca do fenômeno não seria mais



cabível, uma vez que as pesquisas apontavam que nem todas as pessoas que escutavam vozes vivenciavam algum tipo de sofrimento relacionado a esta experiência, nem eram diagnosticadas com algum tipo de patologia associada a esse “sintoma”. Dessa forma, os próximos questionamentos e reflexões abordaram a possibilidade das pessoas que escutavam vozes se ajudarem entre si a partir do compartilhamento de estratégias que elas mesmas tinham desenvolvido para controlar a experiência e conviver de uma forma saudável com o fenômeno.

Em vista disso, foi realizado o primeiro Congresso do *Hearing Voices Movement* em 1987, com a participação de pacientes hospitalares e pessoas da comunidade que ouviam vozes, as quais compartilharam suas experiências, suas estratégias de enfrentamento e as formas de entendimento e significados atribuídos às vozes que elas escutavam. Este congresso se configura como um marco para o início e divulgação do HVM (ROMME e ESCHER, 1989; FERNANDES, 2017; BAKER, 2019/2009). Nos últimos 20 anos, o HVM tem se difundido internacionalmente na Europa, América do Norte, Austrália, Nova Zelândia, América Latina, África e Ásia (VALENTE, 2022).

A partir da história de Patsy, Woods (2013) aponta para algumas lições que fundamentam o HVM. A primeira diz respeito a forma de enxergar o fenômeno das vozes, em que as vozes não são entendidas como algum sintoma destituído de sentido, mas sim um fenômeno que faz parte da identidade de uma pessoa. O termo “ouvidor de voz(es)” trata-se de uma rejeição a uma identidade relacionada a do “esquizofrênico”, por exemplo, e passa a ser compreendido como alguém que vivencia essa experiência, a qual tem um papel significativo em sua vida.

A segunda lição é o fato de Patsy inverter a relação hierárquica entre paciente e psiquiatria. Ela assume um lugar de autoridade ao questionar a postura de Marius, além de educá-lo para essa nova perspectiva, em que ele deveria respeitar suas experiências e os significados atribuídos a elas. Marius deixou de ocupar o lugar “daquele que sabe”, teve que deixar de lado os preceitos de sua formação psiquiátrica para poder colaborar com esse processo. Os ouvidores de vozes passam a ser vistos como “especialistas por experiência” e, a partir disso, formam redes de autoajuda. Assumem uma postura que desafiam a autoridade, a ideologia e as práticas dos especialistas, estando à frente de seu próprio processo de recuperação (WOODS, 2013).

O HVM tem como pressuposto que a experiência de cada indivíduo que escuta vozes pode ter significados de diferentes formas em relação à natureza e a causa das vivências. Dessa forma, a proposta é que os especialistas pela experiência e os especialistas pela profissão possam formar parcerias para pensar em novas alternativas que ajudem a compreender a experiência de ouvir vozes, trabalhar e desenvolver estratégias de enfrentamento, combater preconceitos e promover a saúde mental (CORRADI-WEBSTER; SANTOS; LEÃO, 2017). Os grupos de ouvidores de vozes surgem como um mecanismo fundamental para questionar os preconceitos e a visão do paradigma biomédico, buscando produzir novos conhecimentos e significados para a experiência de ouvir vozes. De acordo com Egito e Silva (2019, p. 65):

Os grupos de ouvidores de vozes consistem em diversas conversas e iniciativas em todo o mundo, que tem como premissa que ouvir vozes, ter visões e fenômenos relacionados são experiências significativas que podem ser compreendidas de muitas maneiras.

Existem diferentes formas de ouvir vozes uma vez que as pessoas não compartilham as mesmas experiências, histórias, crenças e valores. A possibilidade dos ouvidores de vozes compartilharem suas histórias e debaterem com outras pessoas que também escutam vozes contribui para o empoderamento e a criação de uma identidade individual e grupal. A narrativa de sua própria história de vida é uma forma de dar sentido as vozes, sendo mais uma das formas de se posicionar contra o paradigma biomédico que descarta as histórias dos “pacientes” por considerá-las uma expressão de um sintoma de ordem mental, incoerentes e sem significado (WOODS, 2013).

### **1.3 – HVM: uma nova forma de cuidar**

Diferentemente da psiquiatria tradicional, a abordagem do HVM busca a despatologização da audição de vozes, ou seja, ouvir vozes não é entendido como um sintoma de um transtorno mental, mas como uma parte das experiências humanas que uma parcela da sociedade vivencia. Tendo isso em vista, no desenvolvimento dos estudos acerca deste fenômeno, o HVM tem idealizado alguns princípios e estratégias que possam auxiliar tanto as pessoas que ouvem vozes quanto a comunidade em que vivem, uma vez que a cultura pode compreender a experiência de ouvir vozes como problemática, desencadeando preconceitos e isolamento de pessoas que a vivenciam (BAKER, 2019/2009).

Como citado anteriormente, a cultura ocidental moderna entende que a audição de vozes se refere a uma manifestação da loucura, de uma doença que deve ser tratada (BARROS; SERPA JÚNIOR, 2017). A possibilidade de aprender por novas óticas o fenômeno das vozes pode ajudar e ampliar a compreensão a respeito desse fenômeno no campo da saúde mental. Pessoas que ouvem vozes e possuem algum tipo de diagnóstico psiquiátrico, para além do sofrimento psíquico, sofrem com o tratamento ofertado por profissionais da área formados pelo paradigma biomédico; uma vez que preconceitos, estigmas e violências são perpetuados (CORRADI-WEBSTER, SANTOS, LEÃO, 2017; GUSMÃO et al., 2018).

Dessa forma, a abordagem do HVM torna-se uma importante aliada no campo da saúde mental, pois possibilita uma nova compreensão e novas estratégias de cuidado que podem ser adotadas por profissionais como formas mais eficazes de intervenção. O trabalho colaborativo entre os profissionais da saúde, ouvidores de vozes e pessoas que possuem algum diagnóstico psiquiátrico permite o conhecimento e a procura por outras alternativas de cuidado (EGITO, SILVA, 2019)

Como forma de desconstruir os preconceitos e estigmas sociais, o HVM idealiza a mudança da atitude social, promovendo e divulgando a compreensão de que ouvir vozes se trata de uma capacidade humana que algumas pessoas têm e outras não. Entende-se que as dificuldades ou as facilidades em lidar com a audição de vozes não estão somente relacionadas às experiências particulares, mas também a aspectos sociais. Tratando-se dos aspectos sociais, a forma como a comunidade enxerga esse tipo de experiência afeta a forma que a pessoa se relaciona com as vozes, ou seja, estar em comunidades que compreendem a experiência de ouvir vozes como algo ruim, uma “loucura” ou uma “doença”, levará a pessoa a se assustar e/ou a negar as vozes. No caso contrário, estar em comunidades em que ouvir vozes é entendido como uma experiência comum e/ou corriqueira, levará a pessoa a ter mais facilidade em aceitar as vozes e desenvolver recursos para lidar com elas (BAKER, 2019/2009).

No que diz respeito às experiências particulares, os desafios de conviver com as vozes vão depender do teor e dos conteúdos manifestados. Segundo Fernandes (2017, p. 62) buscar compreender “variáveis como intensidade, frequência, quantidade, conteúdo, identidade, gênero, forma como se apresentam, valência emocional, e nível de influência” auxiliam neste processo. Além disso, é fundamental aprender a relacionar-se bem com as vozes. É verdade

que existem pessoas que ouvem vozes que dizem coisas positivas e que lidam bem com essa condição, mas também existem casos em que as vozes dizem coisas negativas, hostis e controladoras. Nesses casos, a experiência pode ser aterrorizante, gerando sofrimento e sentimento de impotência, sendo importante que as pessoas possam ter formas de lidar com esse fenômeno a fim de se ter qualidade de vida (ROMME, 1989; ESCHER, 2009; BAKER, 2019/2009).

Dessa forma, na abordagem do HVM, o suporte ao ouvidor de vozes considera que existe uma forte relação entre a história de vida, as vozes e a forma como as pessoas procuram manejá-las. O primeiro manejo se dá na exploração de elementos de ordem fenomenológica e topográficos como identidade, características, conteúdo, história e gatilhos que despertam as vozes. A próxima etapa consiste em estimular e auxiliar o ouvidor em seu processo de recuperação, através de redes de suporte e trabalhando as emoções (ROMME, 2009; FERNANDES, 2017).

Aceitar as vozes como uma parte da experiência da vida é uma das principais estratégias que podem auxiliar as pessoas que ouvem vozes, incluindo aquelas que manifestam conteúdos ruins, sendo um dos elementos que pode ajudar na construção de uma boa relação com elas. Dar espaço para a compreensão deste conteúdo pode revelar algumas realidades metafóricas que são ditas através de verdades literais, que quando analisadas, vão de encontro com a história de vida da pessoa, suas felicidades e seus sofrimentos. Dessa forma, o movimento visa ajudar as pessoas a compreenderem melhor suas experiências particulares com as vozes, buscando entender o contexto de vida, o que a pessoa está vivenciando no momento e qual é o significado que as vozes têm para aquela pessoa (ESCHER, 2009; ROMME, 2009; BAKER, 2019/2009).

Em uma de suas pesquisas, Escher (2009) traz como exemplo a história de uma jovem de 21 anos, que escutava 12 vozes que, em sua maioria, eram ameaçadoras. Dentre elas, Laura<sup>1</sup> escutava “Satanás”, um homem de aproximadamente 22 anos, que era bastante agressivo e que lhe dava comandos para tirar sua própria vida ou bater, morder, queimar e estrangular outras pessoas. Vale ressaltar que a jovem escutava vozes desde a solitária infância, mas elas não possuíam esse teor agressivo e serviam-lhe como companhia em suas brincadeiras. As vozes “negativas” começaram após sofrer alguns traumas como rejeições, preconceitos e até mesmo ser vítima de violência sexual. Escher (2009) traz que, no caso de

---

<sup>1</sup> Laura é o nome fictício usado por Escher para referir-se à jovem que entrevistou em sua pesquisa.

Laura, as fontes externas de agressão e a forma negativa que se enxergava eram incorporadas pelas vozes. Depois que os temas emocionais representados pelas vozes foram trabalhados, Laura pôde elucidar a relação entre as vozes que escutava e as suas experiências de vida. A voz de "Satanás" foi progressivamente ficando menos ameaçadora e as demais deixaram de se manifestar. A jovem reconheceu que as vozes, de alguma forma, tinham um papel de protegê-la, além de fazer com que ela passasse a dar atenção a conflitos emocionais não resolvidos. "Por fim a sua vida" representava uma metáfora para que ela mudasse sua forma de viver e lidasse com as dores do passado.

É importante ressaltar que aceitar as vozes não significa seguir o que elas dizem ou mandam, mas se abrir para a experiência respeitando o tempo e as crenças de cada um. A partir disso, a pessoa constrói um espaço para explorar as vozes e criar suas próprias condições para controlá-las. No caso de vozes agradáveis, pode-se desenvolver um diálogo com elas. Porém, no caso de vozes desagradáveis, algumas estratégias podem ser seguidas como: dizer a elas que não você não permite/não está de acordo com o que elas dizem; procurar diminuir elementos estressores do dia a dia uma vez que o estresse pode contribuir para o aumento da intensidade e frequência das vozes; o ouvidor é orientado a não ignorá-las, pois a tendência é que elas fiquem mais agressivas (ESCHER, 2009; ROMME, 2009; BAKER, 2019/2009).

No que diz respeito à origem das vozes, as pesquisas de Romme e Escher (2009) apontam que os conteúdos que elas abordam estão relacionados aos traumas da história de vida do ouvidor. As vozes podem ser a manifestação de um mecanismo de defesa<sup>2</sup> diante de eventos da vida que levaram a pessoa a sentir-se impotente. Tal consideração indica que outro fator que pode ajudar a lidar com as vozes é aprender a lidar também com os eventos traumáticos vivenciados. Dessa forma, os autores defendem que ouvir vozes é um sinal de que existem problemas, na maioria das vezes emocionais, que precisam de atenção. Ou seja, os métodos para ajudar as pessoas a desenvolverem um bom relacionamento com as vozes devem considerar, sobretudo, as necessidades de cada pessoa. Deixar de dar atenção aos conteúdos que as vozes abordam impede a descoberta dos possíveis problemas ligados ao seu surgimento, tal aspecto revela que o primeiro grande passo para ajudar é ouvir.

---

<sup>2</sup> Embora o termo "mecanismo de defesa" seja um conceito psicanalítico, Romme e Escher também o utilizam na abordagem do HVM. O próximo tópico deste capítulo visa traçar algumas possíveis articulações, guardadas as diferenças, entre a abordagem do HVM e a abordagem psicanalítica sobre o fenômeno de ouvir vozes.

Por fim, com o intuito de possibilitar uma maior compreensão acerca do fenômeno, os autores Romme e Escher (2009) descreveram três fases encontradas nas pessoas que ouvem vozes. A primeira fase, chamada de fase inicial, diz respeito às primeiras experiências com vozes, que causam medo e assustam; estão geralmente ligadas a eventos traumáticos ou emocionais como o luto, doenças, acidentes, etc. A segunda fase, a de organização, ocorre após a aceitação da experiência, em que os ouvidores procuram estratégias para controlar ou lidar com as vozes. A terceira e última fase, a de estabilização, compreende aquelas pessoas que aprenderam a lidar com as vozes, as aceitando com parte de suas vidas.

#### **1.4 – Considerações psicanalíticas acerca da audição de vozes**

A forma como a psicanálise compreende a audição de vozes não se pauta no fenômeno em si, mas no sujeito que vivencia essa experiência. Em contraponto a psiquiatria tradicional, a psicanálise faz parte dos movimentos que conferem ao ouvidor de voz o protagonismo para a compreensão do fenômeno (FERNANDES, 2017). Neste sentido, torna-se importante considerar as diferenças entre a compreensão psiquiátrica e a psicanalítica acerca da audição de vozes.

No caso da psiquiatria tradicional, Sohsten e Medeiros (2016, p. 64) abordam que o diagnóstico “visa uma rotulação sobre o adoecimento, que aponta um modelo terapêutico associado à medicalização e à falta de questionamento sobre o adoecimento”. À exemplo desta padronização, tem-se os manuais diagnósticos como o de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), que buscam universalização dos diagnósticos a fim de se ter uma linguagem comum aos profissionais da saúde (NASCIMENTO, 2020).

Dessa forma, para a psiquiatria, a audição de vozes é compreendida como uma alucinação auditiva, frequente em diversos tipos de transtornos mentais; sendo caracterizada como uma alteração da sensopercepção (DALGALARRONDO, 2018). Este tipo de compreensão contribui para a estigmatização uma vez que conecta o fenômeno de ouvir vozes a transtornos mentais, tornando-o sinônimo de doença e loucura (WOODS, 2013).

Em contrapartida, um olhar psicanalítico, de acordo com Sohsten e Medeiros (2016), tem como função identificar o funcionamento psíquico de cada pessoa, através de uma escuta clínica e singular. Para isso, busca-se compreender as experiências de vida do sujeito, suas relações com o mundo e como ele interpreta a dinâmica de suas relações; uma vez que os sintomas estão articulados com a história de vida do sujeito (NASCIMENTO, 2020). Essa forma de enxergar o fenômeno das vozes assemelha-se, em alguma medida, com a abordagem do HVM, em que se considera uma forte relação entre a história de vida, as vozes e a forma que as pessoas as manejam (ROMME, 2009; FERNANDES, 2017). Ou seja, as vozes estão articuladas com a história de vida e sofrimento do sujeito e entender como ele se relaciona com elas é uma importante base para aprender a lidar com elas.

Em seus estudos sobre a prática clínica, Sigmund Freud (2016/1893) percebe que os sintomas expressados por seus pacientes eram carregados por afetos que, embora os pacientes não se dessem conta, estavam ligados de alguma forma com a história de vida e sofrimento deles. Tais sintomas diziam respeito a uma forma simbólica do estado mental do sujeito se expressar, a qual poderia ser acessada e eliminada através do uso linguístico. Esses conteúdos que os pacientes não se davam conta referiam-se a materiais que estavam sob domínio de uma dimensão inconsciente, ou seja, não eram acessíveis ao consciente. Neste caso, traçando um paralelo com esta concepção freudiana e o HVM, as vozes podem ser consideradas sintomas, no sentido psicanalítico, e seus conteúdos manifestados de forma metafórica podem ser considerados como uma forma simbólica de expressão do inconsciente. O HVM parte do pressuposto de dar voz às vozes como uma forma de ajudar o sujeito a entender suas experiências com as vozes, ou seja, o recurso linguístico também é empregado para compreender o conteúdo das vozes (ESCHER, 2009; ROMME, 2009; BAKER, 2019/2009). Assim como os afetos estão conectados a história de vida do sujeito, o conteúdo manifestado das vozes, quando analisados, vão de encontro com a história de vida do ouvitor, buscando-se entender o contexto de vida, as vivências atuais e o significado que as vozes têm para o ouvitor (ESCHER, 2009; ROMME, 2009; BAKER, 2019/2009).

Um dos outros pontos analisados por Freud (2016/1894) era a situação de que parte de seus pacientes possuíam uma boa saúde mental até se depararem com uma experiência, uma representação ou um sentimento carregado de tanto afeto aflitivo que se tornavam incompatíveis com suas vidas representativas. Dessa forma, haveria um esforço do aparelho psíquico para defender o sujeito das contradições que uma representação incompatível implicava. Este é um outro aspecto semelhante ao entendimento do HVM em relação à

origem das vozes uma vez que os conteúdos estão ligados a situações traumáticas vivenciadas pelo sujeito. Neste caso, elas podem ser manifestações de um mecanismo de defesa do sujeito, protegendo-o de ter que lidar com eventos vivenciados que o fizeram mal (ROMME, ESCHER, 2009). Assim como os sintomas sinalizam que algo não está bem, as vozes também atuam dessa forma.

De acordo com Freud (2006/1915), o inconsciente possui um funcionamento próprio, se caracteriza como uma dimensão atemporal, ou seja, não segue uma linearidade dos fatos, das memórias ou das experiências; além disso, os conteúdos que estão no inconsciente não podem ser diretamente acessados. Há um embate no aparelho psíquico, pois constantemente há uma força dos conteúdos inconscientes em direção a atravessarem o consciente, que por sua vez se defende utilizando-se de mecanismos de defesa. A partir disso, por conta dos conteúdos inconscientes não conseguirem acessar o consciente diretamente, tem-se as manifestações do inconsciente que transpõem a barreira do consciente através dos sintomas, sonhos, fantasias, atos falhos, lapsos, identificações, chistes, entre outros.

Tratando-se do sofrimento neurótico, mediante a uma representação incompatível, há um conflito entre o Eu e o Isso. Mas nesse caso, o Eu segue as reivindicações do Supereu e passa a reprimir tal representação. No entanto, o conteúdo reprimido retorna por vias fora do controle do Eu, à exemplo das manifestações do inconsciente. Neste aspecto, este fragmento da realidade que é incompatível é evitado através de uma fuga do Eu, sendo substituído por uma fantasia (FREUD, 2011/1924).

No sofrimento psicótico, a representação incompatível gera um conflito entre o Eu e o mundo exterior, dessa forma, o Eu procura se defender a partir da expulsão dessa representação e do afeto que ela carrega. Ou seja, o Eu nega o fragmento da realidade que é incompatível e, a partir disso, ocorre uma ruptura entre o mundo exterior e o interior. Como consequência, há a construção de um novo mundo edificado conforme os desejos frustrados do Isso, onde o Eu é preservado e a realidade é alterada, sendo substituída por delírios e alucinações (FREUD, 2011/1924). Nesse sentido, as alucinações são reconstruções do fragmento de realidade perdido, guardando, portanto, conexões e sentidos com as experiências, em especial de sofrimento, da história singular da pessoa.

Muñoz et al (2011) aborda que, no entendimento da obra freudiana, as construções de delírios e alucinações seriam uma tentativa de cura. Para os autores, a história de vida do



sujeito, para além de desvelar a origem dos sintomas, possibilita que ele dê sentido à experiência de ouvir vozes, tendo em vista que as vozes podem se apresentar como algo fora do sentido, tornando estas experiências angustiantes e penosas. Nessa perspectiva, as vozes possuem caráter individual e intransponível, ou seja, são sempre únicas e não idênticas a de um outro ouvidor de voz.

Dessa forma, tendo em vista este caráter singular da experiência de ouvir vozes, não há possibilidade de um ouvidor de voz vivenciar o mesmo delírio ou alucinação que o outro, ou seja, as pessoas que ouvem vozes não compartilham as mesmas vozes. Tal aspecto é positivo para os grupos, pois propicia uma distância necessária para escutar a experiência do outro, oportunizando que o sujeito se separe em alguma medida de suas vozes quando ocupa essa posição de escuta (MUÑOZ et al, 2011). Ter a possibilidade de compartilhar as vozes e seus efeitos em grupo também é uma forma de poder dar sentido às elas, pois são introduzidas múltiplas e novas formas de apaziguar a produção alucinatória (BAKER, 2019/2009; MUÑOZ et al, 2011).

Guardadas as diferenças, inclusive de suas origens históricas, é possível observar algumas semelhanças entre a compreensão psicanalítica e o HVM sobre o fenômeno das vozes. Em ambas, a origem das vozes pode ser compreendida através de uma representação incompatível, uma vivência carregada de afeto que causa o desencadeamento das vozes; dar voz às vozes é uma forma de traçar elaborações a respeito dos conteúdos abordados; e assim como os sintomas, as vozes também atuam como uma manifestação do inconsciente. Por outro lado, uma outra semelhança entre a visão psicanalítica e o HVM diz respeito a subversão do paradigma biomédico, em que para compreender o fenômeno das vozes é preciso focar no sujeito dessas experiências, sua história e vida, o contexto cultural em que vive (FERNANDES, 2017).

O HVM pauta-se em perspectiva despatologizante e desestigmatizante em relação a audição de vozes, rejeitando o modelo biomédico e propondo novas formas de cuidado a ouvidores de vozes. Neste aspecto, o HVM pode contribuir com os cuidados em saúde mental, servindo como inspiração, parceria e reflexões para o modelo de atenção psicossocial adotado no campo da saúde mental no Brasil, pensando em cuidados voltados a pessoas que ouvem vozes.

## **CAPÍTULO 2 – CAPS: UM MODELO DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

Este capítulo tem como objetivo realizar uma breve contextualização do movimento antimanicomial e seu desdobramento na criação de um modelo de atenção psicossocial em saúde mental no Brasil, apontando marcos legais propulsores na conquista de direitos de usuários de serviços de saúde mental. Também, tem como objetivo apresentar o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), campo de reflexão da presente pesquisa, destacando sua missão, seu funcionamento e suas características. Por fim, serão abordados alguns desafios que os serviços de saúde mental têm enfrentado na atualidade devido a algumas medidas governamentais que ameaçam a continuidade e integridade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), colocando em risco os avanços legais conquistados pela luta antimanicomial; bem como manifestações contrárias a estas medidas de órgãos como o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o Conselho Federal de Psicologia (CFP).

### **2.1 – A Luta Antimanicomial e o nascimento do CAPS**

A Saúde Mental é um tema que vem sendo refletido desde o período após as duas Guerras Mundiais, quando se iniciaram os primeiros debates daquilo que viria a ser a Reforma Psiquiátrica. O momento pós II Guerra revelou que as instituições asilares se assemelhavam aos campos de concentração, em que os pacientes psiquiátricos eram destituídos de sua própria dignidade e submetidos a maus tratos. No Brasil, a Reforma Psiquiátrica se iniciou por volta dos anos 70, no período de redemocratização do país, sendo marcada pela participação social (AMARANTE, 2013; LOBOSQUE, 2020).

A Luta Antimanicomial possui como objetivo a superação do manicômio em sua estrutura física e ideológica, visando um novo espaço social livre da exclusão e de violências, em que pessoas em sofrimento psíquico possam exercer sua própria cidadania (ALVES et al, 2009). Superar a cultura manicomial significa desconstruir ideologias que se pautam em um paradigma biomédico, hospitalocêntrico e sintomatológico, em que os sujeitos em sofrimento psíquico são desconsiderados em sua humanidade e o foco se centraliza somente nas supostas doenças. No surgimento da psiquiatria, o tratamento ofertado nas instituições hospitalares era baseado no isolamento dos indivíduos do meio social, cerceando os direitos, a liberdade e a decisão dos pacientes. Deste modo, essas instituições assumiram uma posição de controle social através da institucionalização dos considerados “loucos”. Esse modelo asilar tem

influenciado até hoje o tratamento ofertado por algumas instituições médicas, apresentando problemáticas que há muito tempo já eram evidentes, como descreve Amarante (2013, p. 38):

A enorme dificuldade em estabelecer os limites entre a loucura e a sanidade; as evidentes funções sociais (ainda) cumpridas pelos hospícios na segregação de segmentos marginalizados da população; as constantes denúncias de violências contra os pacientes internados.

Tendo isso em vista, os preconceitos, os estigmas, a exclusão social, a ideia de periculosidade e a dificuldade em lidar com pessoas que manifestam algum sintoma relacionado a transtornos mentais são efeitos sociais do modelo biomédico, em que a própria sociedade reprime, condena e exclui aqueles que não estão de acordo com a norma social (AMARANTE, 2013). Tal método empregado no mesmo momento de criação da psiquiatria por Pinel pode ser nomeado como *Poder Disciplinar*. De acordo com Foucault (1984), esse tipo de poder se caracteriza como um modelo de poder que procura adestrar e gerar um ser humano eficiente e produtivo para a sociedade. Para isso, são empregados rigorosos métodos de punições com o intuito de fazer o indivíduo seguir as instruções da instituição e se adequar ao padrão normativo imposto. Neste caso, a disciplina é considerada um exercício de poder e pode se configurar como uma técnica de gestão da sociedade. A partir dessas técnicas e sistemas de poder se obtém mais controle social, fomentando a padronização social e apagando as diversidades.

No Brasil, durante o século XIX, a forma de lidar com a “loucura” também se baseava em uma lógica asilar e de controle social. Entre as décadas de 30 e 50, a Psiquiatria passou a empregar a eletroconvulsoterapia, a lobotomia e neurolépticos como “cura” para a “doença mental”. Nos anos 60, observa-se o crescimento da psiquiatria privada impulsionadas pelo próprio Estado, em que a institucionalização adquire um caráter lucrativo (ALVES et al., 2009). A maioria dos leitos psiquiátricos dispostos no Brasil pertenciam a hospitais privados conveniados pelo Estado, no entanto, estas instituições estavam ligadas a um elevado número de mortes e a cronificação e o abandono de pacientes (Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, 2018).

Lobosque (2020) aponta que no contexto de ditadura militar no Brasil, a lógica manicomial encontrava espaço para expandir, uma vez que neste período de repressão militar eram “práticas comuns a tortura, o exílio, o assassinato de opositores políticos, e constantes violações de direitos humanos” (ROBALLO, 2021, p.14). De acordo com Delgado (2019), durante os governos militares ocorreu um crescimento exorbitante de leitos psiquiátricos, em

que a prática e os saberes da psicologia voltavam-se para a normatização e a adaptação de pessoas internadas, colocando-se a serviço da privação da liberdade (LOBOSQUE, 2020).

Neste cenário, somando-se o fortalecimento da psiquiatria tradicional, as insatisfações por parte de profissionais de saúde, pacientes e familiares com este sistema começavam a ser manifestadas (ALVES et al., 2009). A Luta Antimanicomial associava-se a uma luta por políticas sociais mais igualitárias e justas, em que as próprias pessoas em sofrimento mental pudessem assumir uma posição de poder e protagonismo. Dessa forma, o início da renovação no campo da saúde mental se deu concomitante ao período do fim do regime militar (AMARANTE, 2013; LOBOSQUE, 2020).

Houveram importantes avanços nos direitos à saúde pública conforme os atores sociais (usuários, familiares, profissionais e outros ativistas de movimentos sociais) se mobilizaram pela luta da humanização dos tratamentos ofertados a pessoas com transtornos mentais. Alguns marcos importantes são as leis nº 8.080, que dispõe a respeito da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), suas diretrizes e condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; e nº 10.216, que dispõe a respeito da Política Nacional de Saúde Mental, a qual prevê a defesa e proteção aos direitos humanos de pessoas em sofrimento psíquico ou dependência química através da implementação de um modelo humanizado de cuidados, objetivando a reabilitação psicossocial e a reinserção social (BRASIL, 1990, 2001; CFP, 2017).

Com base nas propostas de construir um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária da Política Nacional de Saúde Mental, foi identificada a demanda de facilitar o acesso e circulação de pessoas com problemas mentais, incluindo os decorrentes do uso nocivo de crack, álcool e outras drogas. Para isso, foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), implementada pela portaria nº 3.088. A RAPS diz respeito a um conjunto de estratégias e diretrizes que visam organizar e articular diferentes serviços de saúde com diferentes níveis de complexidade e finalidades, de forma integral e gratuita, sendo uma rede integrada ao SUS. De acordo com o Ministério da Saúde (2004, p.11):

Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial.

A rede compreende diversos serviços de saúde como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III), entre outros (BRASIL, 2011, 2013, 2020).

Tratando-se dos CAPS, estes referem-se a serviços de atenção e cuidado à saúde mental que compõem a RAPS. São serviços de saúde substitutivos ao modelo asilar manicomial, favorecendo a prática da cidadania e da inclusão social. Em uma publicação da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2021) que cita, como inspiração, diversos serviços comunitários de saúde mental ao redor do mundo que baseiam o cuidado na promoção dos direitos, há a citação de um CAPS localizado em Brasilândia-São Paulo. Neste compilado de orientações sobre serviços comunitários de saúde mental, são citadas algumas características do modelo de cuidado adotado pelos CAPS, que serão descritos a seguir (WHO, 2021).

Os CAPS se caracterizam pelo caráter aberto e comunitário, os quais são inseridos nos territórios. Nesse sentido, o território não é definido apenas pelo espaço geográfico, mas também leva-se em consideração as pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus cenários e instituições (BRASIL, 2004). Estes dispositivos de saúde têm como missão ofertar atendimento às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004, 2011).

Além disso, os CAPS visam a desinstitucionalização, a inclusão social e a construção de projetos terapêuticos personalizados, em que os cuidados ofertados são baseados nos projetos de vida, nas necessidades e nos interesses de cada usuário do serviço, priorizando um atendimento psicossocial e multidisciplinar. Tais projetos personalizados referem-se ao Projeto Terapêutico Singular (PTS) que é construído com a participação da equipe, do usuário e da família, buscando compartilhar as responsabilidades entre os CAPS e/ou a Atenção Básica com o intuito de realizar um acompanhamento longitudinal do caso (BRASIL, 2011).

Para isso, as equipes dos CAPS são multiprofissionais atualmente compostas por: médico psiquiatra, enfermeiro com especialização em saúde mental e profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico) e profissionais de nível médio (técnico de enfermagem,

técnico administrativo, técnico educacional, dentre outros). A equipe deve buscar atuar de maneira interdisciplinar, a fim de articular tanto o cuidado clínico quanto a reabilitação psicossocial, favorecendo espaços de convivência e promovendo ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer. Os projetos construídos ultrapassam a estrutura física desses serviços, se conectando com outras redes de suporte social (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, a reabilitação psicossocial diz respeito ao processo que busca facilitar a reestruturação da autonomia do usuário em saúde mental nos diferentes espaços da sociedade. A reabilitação psicossocial deve contemplar três esferas da vida do sujeito: a casa, o trabalho e o lazer. Segundo Jorge et al. (2006, p. 735): “a reabilitação consiste em um conjunto de estratégias capazes de resgatar a singularidade, a subjetividade e o respeito à pessoa com sofrimento psíquico, proporcionando-lhe melhor qualidade de vida”.

O trabalho neste serviço baseia-se na clínica ampliada, em que são desenvolvidas atividades com finalidade terapêutica, voltando-se às práticas de atenção psicossocial e rompendo com a visão hospitalocêntrica e sintomatológica de tratamento a transtornos mentais. Dessa forma, os atendimentos individuais, os grupos e a convivência no serviço são considerados meios terapêuticos (BRASIL, 2004). Essa visão da clínica ampliada vai de encontro com o que Lobosque (2001) aborda sobre os espaços de convivência nos CAPS, os quais devem sempre considerar atividades que façam sentido para o usuário. Alguns exemplos de atividades terapêuticas expostas pelo Manual de Saúde Mental do SUS (BRASIL, 2004, p.17) são: psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares.

Além disso, o CAPS também deve se configurar como um espaço de cuidado temporário. Embora tenha esse caráter de transitoriedade pelo tempo necessário ao cuidado, o dispositivo, por ser um serviço de “portas abertas”, sempre estará à disposição do sujeito havendo necessidade de retornar (LOBOSQUE, 2003). Nesse sentido, a postura do serviço é atender de forma acolhedora, acompanhando o usuário em seu contexto, espaços físicos e sociais (BRASIL, 2004).

Por fim, de acordo com Manual de Saúde Mental do SUS (BRASIL, 2004, p. 22) e o Ministério da Saúde, os CAPS são organizados da seguinte forma:

- CAPS I: atendimento semanal destinado a adultos com transtornos mentais severos e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atua em cidades e/ou regiões com população acima de 20.000 habitantes.

- CAPS II: atendimento semanal destinado a adultos com transtornos mentais severos e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atua em cidades e/ou regiões com população acima de 70.000 habitantes.

- CAPS III: atendimento diário e noturno destinado a adultos com transtornos mentais severos e persistentes; tem-se também a disponibilização do acolhimento integral com funcionamento 24h para casos que necessitam de um cuidado mais presente; atua em cidades e/ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.

- CAPSi: atendimento destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atua em cidades e/ou regiões com população acima de 150.000 habitantes.

- CAPSad: atendimento destinado a usuários de álcool e drogas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas; atua em cidades e/ou regiões com população acima de 70.000 habitantes.

- CAPSad III: atendimento diário e noturno com funcionamento 24h destinado a usuários de álcool e drogas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas; atua em cidades e/ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.

## **2.2 – Retrocesso no campo da atenção psicossocial: a tentativa de desmonte da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM)**

Desde 2016, a política nacional de saúde mental vem sofrendo ataques devido a algumas medidas governamentais, configurando um retrocesso em relação ao modelo de atenção psicossocial sustentado juridicamente, em especial, pela lei nacional 10.216/2001 (CORREIA, MARTINS, REQUIÃO, 2019; CRUZ, GONÇALVES, DELGADO, 2020). A nota técnica N° 11/2019, publicada pelo Ministério da Saúde, estabelece uma nova forma de funcionamento da PNSM, em que os serviços de saúde mental não são mais substitutivos a

outros de qualquer natureza; e instituições como manicômios e comunidades terapêuticas passam a ser serviços de atenção constitutivos da RAPS (BRASIL, 2019; PESSOA, 2019). Ou seja, neste cenário, a abertura de novos CAPS não prevê o fechamento de hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas e outras instituições de caráter asilar.

Além disso, Correia, Martins e Requião (2019) apontam o risco e distanciamento à real proteção de crianças e adolescentes uma vez que a nota faz uma breve menção à possibilidade de internação psiquiátrica desse grupo social. O documento afirma não ter impedimentos legais para a internação, mesmo que esta só seja permitida mediante o acompanhamento por período integral de mãe, pai ou responsável, como é colocado no art. 12 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990):

Os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.

De acordo com Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), essa nota técnica foi baseada em um apanhado de resoluções, portarias e editais publicados nos anos anteriores que já se articulavam para o desmonte da Saúde Mental, ferindo a lei nº 10.216, a constituição e os direitos humanos. Dentre elas, é importante mencionar a resolução nº 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) de 14/12/2017 e a portaria do Ministério da Saúde nº 3.588, de 21/12/2017, em que ambas aumentam o financiamento para instituições com características asilares e diminuem as possibilidades de atuação de serviços de base comunitária, divergindo da lei nº 10.216, no que está posto no art. 2, parágrafo único, ao abordar os direitos da pessoa portadora de transtorno mental, e no art. 4 e em seus parágrafos, ao explicitar a priorização do tratamento em serviços de caráter aberto (BRASIL, 2001):

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

[...]

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

[...]

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.



[...]

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

[...]

A resolução 32/2017 da CIT é marcada por uma reformulação no modelo de funcionamento da RAPS, em que hospitais-dias e hospitais psiquiátricos passam a integrar a rede, fortalecendo o modelo hospitalar. Por outro lado, a portaria nº 3.588/2017 “institui o CAPSad IV (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas IV), aumenta o tamanho das Residências Terapêuticas e das enfermarias de leitos de saúde mental em hospital geral, além de aumentar os recursos hospitalares” (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020, p.6). Ao ser caracterizado como um serviço que presta assistência para urgências e emergências, o CAPSad IV compartilha elementos e estruturas semelhantes a um “pequeno hospital psiquiátrico”, possuindo enfermarias ao invés de acolhimento noturno; intervenções como o recolhimento compulsório; e ações que desconsideram o princípio da territorialidade e diversas áreas da vida do sujeito como casa, trabalho, família etc. “como se estas pessoas não fossem mais nada na vida além de usuários de drogas” (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020, p. 7).

No ano de 2018, o Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD) definiu suas diretrizes baseando-se no “realinhamento da política nacional de saúde mental do Ministério da Saúde em 2017”, considerando tanto a resolução 32/2017 da CIT quanto a portaria nº 3.588/2017 (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020, p. 9). A resolução passa a apresentar argumentos para o financiamento de comunidades terapêuticas e internações compulsórias, colocando-se contra ao modelo de cuidado baseado na redução de danos (utilizado pelos CAPSad). Nesse sentido, a lógica de cuidados baseada na humanização, no vínculo terapêutico, na reinserção social, na territorialidade e nos projetos terapêuticos

singulares adotada pelos CAPS é ameaçada diante dessas resoluções, portarias e notas técnicas que pregam um modelo manicomial (CORREIA, MARTINS, REQUIÃO, 2019).

Diante disso, diversas entidades, associações, órgãos públicos e representantes de movimentos sociais se manifestaram diante da “nova” política nacional de saúde mental (PNSM) questionando as propostas da nota técnica nº 11/2019 assim como outros documentos que colocam em risco o modelo de atenção psicossocial.

Recentemente, foi aprovada uma Ação Civil Pública que requeria a suspensão integral da resolução nº3/2020 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), e a suspensão de financiamentos federais a comunidades terapêuticas destinadas ao atendimento de adolescentes. Uma vez aprovada, a resolução nº3/2020 foi declarada ilegal, sendo determinado (BRASIL, 2022):

- a) o cancelamento dos contratos, convênios e termos de parceria realizados pela União para o custeio das comunidades terapêuticas, com base na referida Resolução do CONAD;
- b) o desligamento dos adolescentes atualmente acolhidos, no prazo de 90 (noventa) dias (salvo se lá estiverem por força de alguma decisão judicial), devendo o Ministério da Saúde assegurar o regular atendimento de tais jovens, à vista do teor de sua Portaria de nº 3.088/2011/MS, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), portaria esta voltada, precisamente, ao atendimento de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
- c) a interrupção de financiamento federal a vagas para adolescentes nas comunidades terapêuticas, ressalvado o custeio necessário à manutenção dos adolescentes mencionados no tópico anterior, exclusivamente quanto ao período necessário até seu desligamento.

Além disso, Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) citam os posicionamentos de outras entidades, dentre elas:

[...] conselhos profissionais de Psicologia (Posicionamento, 2017) e de Enfermagem (Conselho Federal de Enfermagem, 2017; Brasil, 2017h), Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco (2017), Associação Brasileira de Saúde Mental – Abrasme (2019), dentre outras, e pesquisadores (Guljor et al., 2019) do campo da saúde mental, assim como pela Defensoria Pública da União (Brasil, 2019d), Ministério Público (Brasil, 2017c) e parlamentares (Brasil, 2019a).

Além disso, a nota também diverge de recomendações específicas do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Brasil, 2018) e do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) (Brasil, 2019), que indicam a revogação dos referidos documentos que ferem leis como a nº 10.216/2001, a nº 8.142/1990, dentre outras citadas nas recomendações. Neste caso, a recomendação nº 001/2018 do CNS traz como considerações:

[...]

considerando que a Portaria nº 3588, de 21 de dezembro de 2017, foi aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) sem consulta ou debate com a sociedade civil ou com o Conselho Nacional de Saúde;

e considerando que a Portaria nº 3588, de 21 de dezembro de 2017, apresenta retrocessos à Política Nacional de Saúde Mental e propõe a desestruturação da lógica organizativa da Rede de Atenção Psicossocial [...].

A recomendação nº 001/2018 do CNS também cita os incentivos financeiros destinados a hospitais psiquiátricos tais como “a) A inclusão do hospital psiquiátrico na Rede de atenção Psicossocial (RAPS);” e “b) O aumento do valor da diária de internação em hospitais psiquiátricos.”

Vale ressaltar também a nota de repúdio do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2019) à nota técnica nº 11/2019, em que o órgão expressa o retrocesso que este documento aponta para a Reforma Psiquiátrica. A nota coloca em risco a lógica de cuidado da política de saúde mental baseada na desinstitucionalização ao financiar a ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e em comunidades terapêuticas e a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia, retornando a uma lógica manicomial. Nas palavras de Marisa Helena Alves, representante do CFP no Conselho Nacional de Saúde (CNS): “Este modelo coloca o hospital no centro do cuidado em saúde mental, priva o sujeito da liberdade, dentro de um sistema que não favorece a recuperação, mas simplesmente o isolamento” (CFP, 2019).

A luta antimanicomial foi e continua sendo um movimento fundamental na conquista e garantia de direitos de usuários de serviços de saúde mental. Foi a partir da mobilização destes usuários e demais atores sociais que alguns direitos foram conquistados, sendo legalmente marcados pela lei nº 10.216 que prevê a implementação de um modelo de atenção psicossocial no Brasil, bem como a portaria nº 3.088, que marca a criação da RAPS e a articulação de serviços de saúde, como os CAPS (BRASIL, 2004). No entanto, a integridade e a continuidade da atuação dessa rede de cuidados em saúde mental têm enfrentado desafios, alguns descritos neste capítulo, que configuram um grande retrocesso nos avanços que a saúde mental teve no Brasil. Dessa forma, torna-se importante que os atores sociais bem como instituições que endossam a reforma psiquiátrica se posicionem diante dessas medidas governamentais em prol da continuidade da construção de serviços de saúde mental abertos e comunitários, baseados no respeito aos direitos humanos e na dignidade de toda e qualquer pessoa.

## **CAPÍTULO 3 – OS GRUPOS COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

Este capítulo tem como objetivo pensar a importância dos grupos, tanto no contexto dos CAPS quanto do HVM, demarcando suas aproximações e diferenças. Após essa discussão sobre as características dos grupos que permitem um cuidado alinhado com as diretrizes da atenção psicossocial, também será destacada a importância da convivência como forma de cuidado em saúde mental. Os grupos e a convivência como dispositivos contribuem para a inclusão social, a autonomia e o protagonismo do sujeito, sendo espaços que possibilitam trocas e elaborações de novos sentidos ao sofrimento psíquico.

### **3.1 Aproximações e diferenças entre o CAPS e o HVM**

Apesar das diferenças e dos contextos diferentes de criação, é possível traçar algumas similaridades entre os ideais do HVM e a política da RAPS e CAPS. Ambos se embasam no objetivo de desestigmatização de pessoas em sofrimento mental como uma forma de desconstruir preconceitos, visando a reintegração social através do desenvolvimento do protagonismo e da autonomia; seja desenvolvendo estratégias para lidar com as vozes; seja participando ativamente do tratamento no CAPS e do PTS. Além disso, o HVM e o CAPS trabalham com a ideia de criação e ampliação de redes de apoio, procurando formar espaços propícios a trocas e elaborações de sofrimentos psíquicos, seja dando voz às vozes, seja proporcionando espaços de convivência e/ou fala. Para isso, ambos utilizam grupos como estratégias de cuidado alinhadas a estes modelos despatologizantes, colocando os sujeitos como protagonistas uma vez que o saber está do lado dos próprios frequentadores e daqueles que escutam vozes – possibilitando um aprendizado a partir do compartilhamento de experiências com outros integrantes do grupo, gerando identificações e formando vínculos.

Os grupos são caracterizados pela junção de indivíduos que apresentam algum interesse em comum; possuindo objetivos claros e mecanismos próprios de funcionamento, como a constituição de regras e normas que consideram a adequação do *setting*, do espaço e do tempo (número de participantes, disposição física do ambiente, locais, horários, duração etc) (ZIMERMAN, 2007). Um dos pontos importantes para a viabilização da dinâmica grupal refere-se a comunicação verbal e não verbal, as quais possibilitam fenômenos como a ressonância e o encontro entre indivíduos. A ressonância refere-se ao efeito que a comunicação trazida por um indivíduo tem em cada membro do grupo, nesse aspecto, cada pessoa irá atribuir um significado afetivo singular àquilo que foi comunicado. No que diz

respeito ao encontro entre indivíduos, este possibilita a discriminação, a afirmação e a consolidação da própria identidade pessoal (ZIMERMAN, 2007).

No caso do CAPS, as atividades grupais fazem parte do tratamento e são conduzidas majoritariamente por profissionais de saúde pertencentes a equipe. Os grupos de saúde mental se constituem como ferramentas para o processo de ressocialização e inserção social, visando o desenvolvimento e potencialização de habilidades e capacidades dos usuários do serviço (BAIROS, 2020; BASTOS, 2018). Uma das atividades, que geralmente são oferecidas no serviço, são os grupos terapêuticos, os quais se caracterizam como estratégias de cuidado que visam a promoção da saúde, propiciando a construção de novos saberes e fazeres relacionados a saúde e a qualidade de vida na esfera individual e coletiva. Os grupos, como espaços dialógicos, também viabilizam a mobilização e a transformação do sujeito nas suas relações com a sociedade e na construção de cidadania (BASTOS, 2018; BENEVIDES et al., 2010; ZIMERMAN, 2007).

Nesses espaços de troca, o cuidado e o (auto)conhecimento são potencializados pelo compartilhamento de experiências, que perpassam tanto os aspectos coletivos quanto os individuais, promovendo uma melhoria individual e coletiva no que diz respeito à saúde psíquica através dessas interações (BAIROS, 2020; BASTOS, 2018; BENEVIDES et al., 2010). Para além dos encontros voltados a discussões e dúvidas sobre saúde, os grupos terapêuticos também são espaços de convivência e de acolhimento de emoções, possibilitando a formação de vínculo entre os membros e favorecendo tanto a construção quanto o fortalecimento de uma nova rede de apoio e suporte (BASTOS, 2018; BENEVIDES et al., 2010).

No caso do HVM, desde o primeiro congresso do movimento em 1987, Romme e Escher (2009) vislumbraram a troca de experiências entre os ouvidores de vozes como uma forma das pessoas se ajudarem mutuamente. Nesse sentido, os grupos de autoajuda são uma das principais estratégias de cuidado, não medicamentoso, para pessoas que sofrem com a audição de vozes, pois é nesse espaço coletivo permeado pela identificação de interpares que informações, sugestões e dúvidas são compartilhadas e discutidas; em que os próprios ouvidores de vozes assumem o papel de facilitadores do grupo (BAKER, 2019/2009).

De acordo com Zimerman (2007), os grupos de autoajuda ou ajuda mútua se caracterizam pela formação espontânea, em que pessoas se unem no intuito de se ajudarem reciprocamente, seja por intermédio da ajuda de algum técnico coordenador ou não. O estímulo para a formação do grupo diz respeito às identificações que essas pessoas desenvolvem a partir de algumas características comuns entre si. Em relação ao

funcionamento do grupo, este se dá através da socialização, ou seja, os integrantes aprendem a escutar, a se comunicar, a se solidarizar e com as experiências dos demais membros.

Tendo esses aspectos em vista, Baker (2019/2009) afirma que, nesses tipos de grupo, há uma abertura maior para falar sobre a experiência de ouvir vozes, configurando-se como um lugar seguro, uma vez que as pessoas que ouvem vozes ainda enfrentam preconceitos e estigmas sociais. Muitos ouvidores de vozes vivenciam o sofrimento que as vozes podem desencadear sozinhos devido a estes estigmas sociais. Nesse sentido, o grupo de autoajuda também pode contribuir com a redução do isolamento e a formação de vínculos.

A potência dos grupos de ouvidores vozes está na liberdade que as pessoas têm em compartilhar suas experiências com as vozes sem serem discriminadas, tendo suas vivências validadas, acolhidas e compreendidas; dessa forma, este pode ser o primeiro passo para aprender a lidar com o problema. Por outro lado, a convivência, o apoio e a valorização do grupo podem contribuir com a autoconfiança e autoestima, oportunizando que o ouvidor de voz possa aprender a lidar com as vozes e viver sem as restrições que o sofrimento psíquico impõe, uma vez que este sofrimento passa a ser trabalhado em grupo (ROMME, 2009; BAKER, 2019/2009).

Além disso, o grupo de ouvidores de vozes também pode causar impactos nos familiares e profissionais da saúde, possibilitando que estes se posicionem de uma forma diferente frente aos ouvidores de vozes, seja desconstruindo essa experiência como um adoecimento, seja aprendendo a desenvolver uma escuta acolhedora. Nesse sentido, pessoas que não ouvem vozes também podem se beneficiar do grupo a partir de reflexões sobre essas experiências com as vozes e questionamentos de estigmas e preconceitos (CORRADI-WEBSTER; SANTOS; LEÃO, 2017).

Dar voz às pessoas que ouvem vozes, para além de uma estratégia de cuidado, é uma estratégia política de reafirmação dos direitos e ocupação do espaço social. A possibilidade de compartilhar certos saberes sobre as vozes que outros ouvidores podem se apropriar faz parte de uma perspectiva clínica apoiada em soluções, diferente das alternativas tradicionais de tratamento (MUÑOZ et al, 2011).

### **3.2 A convivência e as disponibilidades afetivas do cuidado**

Quando pensamos nos grupos como uma estratégia de cuidado adotadas pelos CAPS, a convivência é um aspecto visado neste modelo de atenção psicossocial, uma vez que conviver, além de ser considerado um meio terapêutico (BRASIL, 2004), pode favorecer a formação de vínculos sociais e contribuir com a reinserção social de pessoas em sofrimento

psíquico (BASTOS, 2018; BENEVIDES et al., 2010). Nesse sentido, cabe compreender melhor como a convivência pode ser aplicada como um dispositivo de cuidado em saúde mental.

Em sua tese “Eis-me aqui: a convivência como dispositivo de cuidado no campo da saúde mental”, Resende (2015) traz a convivência como um dos dispositivos que pode facilitar o processo de inclusão social, configurando-se como um dispositivo substitutivo no campo da atenção psicossocial, apresentando potencial para transformar as formas de lidar com o sofrimento psíquico no social. Devido a esse caráter, a convivência é um dispositivo que abrange dimensões ética, política e clínica.

A dimensão ética compreende a noção de estar disponível para o outro, agindo de acordo com as necessidades e demandas que são colocadas, respeitando e considerando sua subjetividade. Não se trata de se ater aos procedimentos protocolares do serviço, mas sim estar atento ao outro, utilizando-se de ferramentas que façam sentido para esta pessoa. Como descreve Resende (2015, p. 247):

Estar disponível para acolher as demandas, tais como estas surgem, diferentemente de obrigar os usuários a se adaptarem aos dispositivos e estratégias que temos disponíveis, configura-se essencialmente como uma dimensão ética do cuidado: “eis-me aqui”, “eu mais responsável do que todos”.

Tratando-se da dimensão política, Resende (2015) traz a convivência como uma reação aos dispositivos de dominação-controle da loucura, evitando relações hierárquicas e autoritárias. Nesse sentido, a convivência permite uma mediação e um relacionamento entre usuários e a própria equipe. A equipe, por sua vez, ao abrir mão do excesso de poder técnico, coloca-se disponível para o sujeito. É uma forma de desinstitucionalizar, de fazer conviver as relações sociais de forma mais igualitária e ética.

Em sua dimensão clínica, a convivência, a partir da disponibilidade para acolher o sujeito e do relacionamento com a equipe, permite que alguns conteúdos como queixas, demandas, sofrimentos possam ser compartilhados. O sujeito passa a usufruir de um espaço não burocrático para compartilhar o que desejar (RESENDE, 2015).

É a partir de uma convivência igualitária, baseada nos princípios do cuidado sem tutela, da solidariedade e da generosidade, que os conflitos e a possibilidade de produzir sentidos podem encontrar um lugar de expressão (RESENDE, 2015). Como afirma Lobosque (2001), o contato com a “loucura” se dá através da interlocução, reconhecendo essa experiência como algo legítimo, capaz de imprimir novos sentidos. A equipe em seu manejo

deve evitar qualquer tipo de contato que reproduza violências, preconceitos, autoritarismo e/ou piedade.

O cuidado, quando baseado nas dimensões *fazer junto, estar com e deixar ser*, permite refletir sobre as dimensões ética, política e clínica da convivência, possibilitando a não institucionalização da clínica (RESENDE, 2015). As dimensões do cuidar (*fazer junto, estar com e deixar ser*) dizem respeito à disponibilidade afetiva no encontro entre sujeitos. *Estar com* é estar presente para acolher o sofrimento do outro, reconhecendo o outro da forma que é, sendo capaz de suportar certa desordem que pode se manifestar a partir desse sofrimento. *Fazer junto* vem de uma ideia de relacionar-se de forma igualitária com o sujeito, permitindo sua autonomia e implicação naquelas atividades que lhe façam sentido. *Deixar ser* implica em silenciar-se para que o outro possa emergir em sua alteridade e potencialidade, acolhendo na convivência as outras diversas formas de comunicação e de estar no mundo (RESENDE, 2015).

Como abordado no tópico anterior, a convivência e os grupos são considerados meios terapêuticos dentro do modelo de cuidado do CAPS (BRASIL, 2004). A relação grupal propicia a convivência e vice-versa e é nesses espaços de convivência e de grupalidade nos CAPS que a autonomia, o protagonismo e a inclusão social podem ser trabalhados, sendo uma forma de desinstitucionalizar algumas práticas. Nesta conexão entre os grupos e a convivência como dispositivos de cuidado, as características transformadoras da convivência como a oportunização de uma relação igualitária, ética e horizontal, que permite que o sujeito possa compartilhar os conteúdos que quiser (RESENDE, 2015), podem se associar na ligação grupos-convivência, possibilitando trocas e elaborações de novos sentidos ao sofrimento psíquico.

A experiência das entrevistadas (e da pesquisadora) com um grupo de ouvidores de vozes em um CAPS foi uma das formas que auxiliou no processo de análise das possíveis relações entre as experiências de vida e sofrimento psíquico com o fenômeno de ouvir vozes. Embora o grupo de ouvidores de vozes neste CAPS não seja caracterizado como um grupo de convivência, a convivência como dispositivo de cuidado está entrelaçada nas relações construídas no grupo. A convivência fez parte dos encontros e da construção de vínculos entre a pesquisadora, as entrevistadas e os participantes do grupo.

Através da convivência pode-se promover um espaço grupal de afetividade e de cuidado. A afetividade provoca mudanças nos participantes, deixando-os mais sociáveis e confortáveis uns com os outros (PESSOA, 2019). Mesmo que o grupo seja para ouvidores de vozes, o espaço não se resume apenas às vozes, sendo um lugar para falar sobre outros



aspectos da vida, as relações, o cotidiano, dentre outros. Nesse sentido, os participantes possuem poder de escolher os temas que serão abordados no encontro, que podem variar dependendo da necessidade dos membros (BAKER, 2009/2019; PESSOA, 2019; RESENDE, 2015). De acordo com Pessoa (2019), em suas reflexões a respeito da convivência como uma estratégia de cuidado para ouvintes de vozes, um dos princípios mais importantes do grupo refere-se à liberdade dos participantes falarem sobre aquilo que seja importante para eles no momento.

## CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA

O campo da saúde mental é vivo, sendo capaz de proporcionar reflexões e o desenvolvimento de redes de cuidados em que o tratamento baseia-se na liberdade, na desinstitucionalização e na inserção ou reinserção social (ROBALLO, 2021). Dessa forma, o caminho metodológico adotado na presente pesquisa foi o da análise qualitativa, a qual permite um diálogo crítico com a realidade e um processo constante de reflexão acerca do fenômeno estudado, considerando as múltiplas singularidades, a história e a cultura do pesquisador e do pesquisado (MINAYO, 2012).

Na metodologia qualitativa, entende-se que o pesquisador, sendo parte da realidade em que o fenômeno ocorre, não tem condições de apreendê-la como um todo. As informações retiradas da realidade são interpretativas, uma vez que o olhar do pesquisador que realiza a análise parte dela e está contextualizado nela. Nesse sentido, é preciso que o pesquisador esteja imerso na pesquisa, convivendo e participando da experiência a fim de se obter maior profundidade sobre o fenômeno estudado (DEMO, 2001; 2005).

Deste modo, a pretensão desse método é compreender a complexidade do contexto em que se insere o fenômeno (MINAYO, 2012). Então, busca-se relacionar o fenômeno apreendido com outros, contextualizando-o sócio e culturalmente (DEMO, 2005). No processo de investigação, os métodos e as técnicas vão se adaptando ao objeto de estudo, sendo permitido uma abertura para novas questões que podem surgir ao longo da investigação (GUNTHER, 2006). A interpretação do fenômeno, por sua vez, deve considerar os significados atribuídos pelos sujeitos (TURATO, 2005). Dessa forma, se tornou viável esquadrihar as informações obtidas sem promover conclusões definitivas, o que impediria a construção de outros sentidos posteriores.

Diante do despertar do meu interesse na temática de ouvidores de vozes, proporcionado pelo II Congresso Online Nacional Ouvidores de Vozes em Saúde Mental que ocorreu no ano de 2021, tive a oportunidade de alinhar esse meu interesse com o desejo de atuar e conhecer melhor o campo da saúde mental. Dessa forma, a base deste trabalho se deu através da minha experiência como estagiária em um CAPS do DF no ano de 2022, que já possuía previamente um grupo de ouvidores de vozes baseado na metodologia do HVM, construído por Pessoa (2019) e um colaborador em projeto de estágio em 2019. O processo de criação do grupo está documentado na pesquisa *“Convivendo com as vozes: a convivência como estratégia de cuidado para ouvidores de vozes”* de Pessoa (2019). Como estagiária, tive a oportunidade de participar do grupo e conduzi-lo em alguns momentos. Participar

semanalmente do grupo me proporcionou a possibilidade de criar um vínculo com os frequentadores do serviço que participavam do grupo, desenvolvendo um senso de confiança muito importante para que histórias e vivências tão dolorosas pudessem ser compartilhadas.

Posto isso, o presente trabalho utilizou-se de uma entrevista semiestruturada e de uma entrevista narrativa, como recursos para cumprir o objetivo geral de analisar as relações entre as experiências de vida e sofrimento psíquico com o fenômeno de ouvir vozes, bem como os objetivos específicos de traçar aproximações entre o movimento de ouvidores de vozes e o modelo de cuidado do CAPS e de relacionar aspectos entre as concepções da psicanálise e do movimento de ouvidores de vozes a respeito do fenômeno de audição de vozes. Além disso, foram utilizados 7 diários de campos que foram redigidos a partir da experiência da pesquisadora como estagiária em um CAPS do DF e como participante/facilitadora de um grupo de ouvidores de vozes dentro do mesmo serviço.

### **5.1 Entrevista narrativa**

No que diz respeito às entrevistas narrativas, estas se caracterizam por não terem um roteiro estruturado, sendo o foco direcionado a história narrada, que é moldada quando contada de acordo com cada experiência. Neste tipo de entrevista, o entrevistado narra suas experiências individuais e histórias de vida, possibilitando acesso a aspectos mais sensíveis e particulares como sentimentos e emoções. Além disso, a entrevista narrativa busca trabalhar com fatos sociais, em que o contexto sócio-histórico do indivíduo é considerado no relato de suas vivências (EUGENIO; TRINDADE, 2017).

Para Vasconcelos (2003), as entrevistas narrativas são consideradas como uma estratégia de empoderamento a pessoas com transtornos mentais, pois as narrativas são uma forma de “dar voz” a essas pessoas que foram estigmatizadas e socialmente excluídas. Nas narrativas, a pessoa portadora de sofrimento psíquico tem a possibilidade de compartilhar sua trajetória nos processos de crise, de tratamento e recuperação. A construção narrativa propicia o desenvolvimento de novos projetos de vida, uma vez que evidencia as dificuldades ou planos do sujeito, tornando estes aspectos propulsores para a mudança.

A entrevista narrativa foi realizada com uma pessoa que vivencia a experiência de ouvir vozes, que está em processo de recuperação e participa de um grupo de ouvidores e esteve de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A entrevista com a ouvidora foi realizada de forma presencial, no local de escolha da participante e teve por volta de 50 minutos de duração.

## 5.2 Entrevista semiestruturada

As entrevistas semiestruturadas são caracterizadas por serem constituídas por um roteiro prévio, o qual é flexível e permite ao entrevistador abordar outras questões que não estejam no roteiro ou mudar as perguntas pré-definidas de acordo com a entrevista, tornando o diálogo mais natural (FERREIRA, 2014). Este tipo de entrevista parte de questionamentos que vão de acordo com as hipóteses e teorias da pesquisa, tendo a possibilidade de se utilizar tanto de perguntas abertas quanto fechadas (TRIVIÑOS, 1987).

Tratando-se desse tipo de entrevista no contexto de saúde, Moré (2015) afirma também que, principalmente no contexto da saúde, a entrevista semiestruturada incorpora-se com os princípios epistemológicos da pesquisa qualitativa, permitindo que o pesquisador se posicione da melhor forma diante do fenômeno que está sendo investigado e do processo de construção da própria pesquisa. Nesse sentido, a entrevista é entendida como uma proposta de diálogo entre pesquisador e participante a respeito de um tema.

A entrevista semiestruturada foi realizada com uma psicóloga que atua no campo da saúde mental no DF e tem experiência como facilitadora de um grupo de ouvidores de vozes, após a participante ter concordado com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A entrevista com a psicóloga foi realizada pela plataforma *Google Meets* e teve 40 minutos de duração.

## 5.3 Diários de campo

Os diários de campo foram produzidos a partir das experiências e reflexões da pesquisadora como estagiária em um CAPS do DF, nas atividades de convivência e participação em um grupo de ouvidores de vozes. Foram utilizados 7 diários de campo, produzidos no período de Agosto/2022 a Novembro/2022. Neste material foram produzidas reflexões relativas à participação da pesquisadora no grupo.

Os diários de campo se constituem como uma ferramenta capaz de provocar reflexões e formular hipóteses sobre as experiências no campo de pesquisa, as práticas adotadas e as decisões que envolvem o planejamento, o desenvolvimento e o método de análise. Os registros realizados são considerados no processo de análise de dados, nesse sentido, a análise pode passar por transformações, uma vez que o pesquisador retorna a cenas que foram narradas e estas podem passar a ter novas perspectivas e explicações acerca do fenômeno (KROEFF, GAVILLON e RAMN, 2020; ROESE et al., 2006).

De acordo com Oliveira et al. (2013), os diários de campo podem ser redigidos a partir de relatos espontâneos a respeito das observações, impressões, sentimentos, dificuldades e

possibilidades do pesquisador, sendo um instrumento que possibilita um diálogo consigo mesmo. Além disso, este instrumento auxilia no processo de imersão no campo-tema, pois o registro diário contém as percepções do pesquisador, seus pré-conceitos e ideias que irão o auxiliar na construção de sua leitura sobre a realidade (ROESE et al, 2006).

#### **5.4 Procedimentos**

Em relação aos procedimentos metodológicos, inicialmente se deram pela revisão literária que embasou teoricamente a construção do presente trabalho. Em observação à Resolução n. 466/2012 do CNS, o projeto de pesquisa foi submetido a avaliação do Comitê de Ética do Centro Universitário de Brasília por envolver pesquisa com seres humanos. Após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), sob protocolo nº 5.604.832, as entrevistas foram realizadas mediante a concordância dos participantes, orientações fornecidas pela pesquisadora e assinaturas no TCLE.

As entrevistas foram realizadas individualmente, e ambas foram gravadas e transcritas na íntegra. O material coletado a partir das entrevistas será mantido sob minha responsabilidade, bem como a manutenção de sigilo e confidencialidade. Os dados e os instrumentos utilizados ficarão arquivados por um período de cinco anos e, após esse período, serão destruídos. Vale ressaltar que em relação a entrevista narrativa, a entrevistada pode incluir ou retirar ou modificar qualquer parte da entrevista após a construção da narrativa.

A análise dos dados qualitativos foi realizada a partir da teoria da Hermenêutica de Profundidade (HP) recuperada por Demo (2006), e criada por Thompson (1995). A HP parte de um complexo processo interpretativo, em que são realizadas análises complementares entre si acerca do fenômeno estudado. Nesta metodologia, ao contrário das tradicionais, busca-se propor sentidos, não desvelá-los. Os sentidos propostos devem partir de uma leitura qualificada da realidade, além de serem argumentados e debatidos (VERONESE e GUARESCHI, 2006).

Como proposta nesse processo de tessitura de sentidos, Demo (2001) traz que, para a HP, não se pretende ter uma certeza acerca daquilo que está sendo estudado, mas sim uma construção simbólica a partir do que é interpretado, sendo importante ter percepção crítica do mundo simbólico. Thompson (1998), citado por Veronese e Guareschi (2006), compreende que o campo sócio-histórico é construído por formas simbólicas de pessoas em suas rotinas, sendo definidas como ações e falas, imagens e textos, as quais são constantemente interpretadas. A partir da análise de sentidos, considerando o contexto sócio-histórico e o

espaço temporal, que se pode ter uma leitura qualificada de um fenômeno de modo crítico, autocrítico e reconstrutivo (DEMO, 2006).

Thompson (1998), citado por Veronese e Guareschi (2006), propõe três fases do processo metodológico. É importante ressaltar que estas fases não configuram etapas cronológicas, mas sim etapas de análise que são complementares.

- a) Análise sócio-histórica: são analisadas “condições sociais de produção, circulação e recepção das formas simbólicas” (VERONESE e GUARESCHI, 2006, p. 88). A forma ideal de se compreender as formas simbólicas é através da contextualização social delas. Há um enfoque nos campos de interação, nas instituições sociais, na estrutura social entre outros (VERONESE e GUARESCHI, 2006). Nesse sentido, entende-se que a partir da reconstrução das condições históricas e sociais, torna-se possível compreender as simbolizações dos sujeitos (RESENDE, 2015).
- b) Análise formal ou discursiva: nesta fase pressupõe-se que os objetos e expressões que compõem os campos sociais são formas simbólicas, de construções complexas (VERONESE e GUARESCHI, 2006). Dessa forma, é realizada uma análise da estrutura interna dessas formas simbólicas.
- c) Reinterpretação: refere-se a uma síntese que busca integrar “o conteúdo das formas simbólicas à análise do contexto de sua produção” (VERONESE e GUARESCHI, 2006, p.89). Nesta etapa, procura-se construir e sintetizar o conteúdo das formas simbólicas analisadas com o contexto sócio-histórico da sua produção (RESENDE, 2015).

Essa proposta de análise de dados se adequa ao tema pesquisado uma vez que permite o acesso a diferentes percepções e interpretações acerca da audição de vozes. Este é um fenômeno humano que se constitui por sujeitos que vivenciam a experiência de ouvir vozes e é atravessado pelo contexto de saúde mental no DF, abarcando uma cultura social e a compreensão desse fenômeno no campo da saúde mental.

## **CAPÍTULO 5 – ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES QUALITATIVAS**

O presente capítulo tem por objetivo apresentar minhas análises e reflexões realizadas com base na HP, sendo organizadas de acordo com as três etapas de contextualização sócio-histórica, análise formal e reinterpretação. Dessa forma, busco traçar articulações entre essas dimensões, as entrevistas realizadas com uma profissional da área de saúde mental e uma ouvidora de voz, e algumas informações dos diários de campo a fim de compreender melhor o fenômeno das vozes e as possíveis articulações entre as experiências de vida e sofrimento do sujeito na audição de vozes.

### **5.1 Contextualização sócio-histórica**

Como abordado anteriormente, a saúde mental é um campo fundamentado pela política nacional de saúde mental e pela lei 10.216, em que se busca trabalhar a favor dos usuários de serviços de saúde mental a partir da implementação de um modelo de atenção psicossocial. As pessoas entrevistadas, profissional e ouvidora, participam das atividades em um CAPS do DF e, a partir do entendimento a respeito do território e do funcionamento do serviço em questão, torna-se possível compreender algumas articulações entre a análise sócio-histórica da saúde mental no DF e o fenômeno de ouvir vozes.

Apesar dos avanços legais no campo da saúde mental no Brasil, o avanço prático em relação à saúde mental caminha lentamente devido a uma cultura estigmatizante e, por vezes, carregada de preconceitos que estão no imaginário social (GUSMÃO et al., 2018; CRUZ, GONÇALVES, DELGADO, 2020). Uma pessoa com transtornos mentais é destituída de seu lugar como sujeito, não tendo autonomia sobre a sua própria vida, sendo por vezes apontada como “louca”, “doída” e até mesmo “perigosa”. Permeando esse caráter estigmatizante, tem-se também os interesses políticos e financeiros em que a institucionalização passa a se configurar como uma fonte lucrativa (ALVES et al., 2009; CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020). Por isso, torna-se importante refletir a respeito de problematizações em torno da nota técnica nº 11/2019 e outras medidas governamentais que fragilizam a RAPS e colocam em risco os direitos dos usuários de serviços em saúde mental, conforme discutimos no capítulo 2.

Neste contexto, ocorre um fortalecimento de modelos asilares de “cuidado” enquanto os CAPS acabam sofrendo os efeitos negativos provocados pelo corte de orçamentos e são colocados à parte dos investimentos destinados para a saúde. Dessa forma, o serviço encontra dificuldades em dar continuidade aos diversos tipos de atendimento. Como aponta

Corgosinho (2019), a falta de recursos e os cortes governamentais nos orçamentos destinados aos serviços de saúde mental levam à superlotação destes serviços, os quais levam ao desgaste dos profissionais pelo excesso de demandas e pela sobrecarga.

Esse é o cenário do CAPS do DF que participantes da pesquisa frequentam, em seus respectivos papéis. A instituição sofre com os cortes financeiros, impossibilitando que funcione de forma plena, gerando alguns desafios como o inchaço do serviço e a sobrecarga dos profissionais. Além disso, outro fator que desencadeia tais efeitos refere-se a quantidade insuficiente de CAPS, como aponta Goulart (2013), o DF possui uma baixa cobertura em saúde mental, que torna-se ainda mais evidente quando comparada a outros estados, limitando e comprometendo a dimensão territorial do trabalho. Atualmente, temos no DF 18 CAPS distribuídos em regiões administrativas (BRASIL, 2022).

O CAPS, frequentado pelas entrevistadas, contempla três regiões administrativas do DF, que, de acordo com a densidade populacional, deveriam ter no mínimo quatro CAPS III nessas três áreas. Tais situações levam a uma sobrecarga tanto para os serviços de saúde disponíveis quanto para os profissionais, pois a rede de serviços de saúde mental e a cobertura de equipes são insuficientes em referência à densidade populacional da região. Concomitante a isso, Resende (2015) aponta para a pequena quantidade de profissionais nos serviços de saúde mental no DF, sendo um outro fator que limita a potencialidade de atuação dos serviços e contribui para a sobrecarga desses servidores. Além disso, Corgosinho (2019) destaca que nos CAPS ocorrem frequentemente situações em que o servidor acaba assumindo ações para além de suas atribuições, que somadas ao desgaste mental e ao estresse, podem levar ao comprometimento no desempenho de suas atividades.

Ademais, por o CAPS se caracterizar como um serviço de atenção psicossocial, os usuários além do sofrimento mental também costumam estar inseridos em contextos de vulnerabilidade social e possuem uma pequena rede de apoio. Uma dessas regiões administrativas que pertence a área de abrangência deste CAPS, onde a participante da pesquisa reside, é um lugar com altos índices de criminalidade, carecendo de uma infraestrutura adequada e ações públicas voltadas para a educação, trabalho, atividades de lazer etc.

Por fim, este CAPS é um dos poucos espaços em que há o funcionamento de um grupo de ouvidores de vozes, tendo tornado este grupo parte da agenda institucional, ou seja, os encontros grupais ocorrem no espaço físico da instituição e é conduzido por um dos profissionais do serviço. De acordo com Pessoa (2019), o grupo foi criado no ano de 2019 por



dois estagiários a partir de um projeto de estágio supervisionado por uma psicóloga do CAPS e pela professora Dra. Tania Inessa Resende. O projeto foi concebido a partir da vivência em campo, em que “foi percebido um alto índice de frequentadores que ouviam vozes e que até então não havia nenhum tipo de trabalho específico para esse público” (PESSOA, 2019, p. 54). Vale ressaltar que os grupos de ouvidores de vozes não são comuns no DF por se tratar de uma experiência recente. O Brasil passou a fazer parte do *The International Network for Training, Education and Research into Hearing voices (Intervoice)*, uma rede internacional para ouvidores de vozes, oficialmente em 2017 com o primeiro Congresso Nacional Ouvidores de Vozes em Saúde Mental do Brasil (CARDANO, 2018). No caso do DF, o primeiro grupo de ouvidores de vozes foi criado em 2015 por Fernandes (2017) e implementado em um CAPS (WILLRICH et al., 2018).

## **5.2 Análise Formal**

A análise das informações qualitativas será baseada a partir das entrevistas narrativa e semi-estruturada, bem como algumas de minhas reflexões registradas em diários de campo. Os diários de campo dizem respeito a minha participação como estagiária em um grupo de ouvidores de vozes que funciona em um CAPS. As identidades serão preservadas, portanto os nomes são fictícios.

Primeiramente será apresentada a narrativa de Mônica, uma frequentadora que participa do grupo de ouvidores de vozes e que passou pela experiência de ouvir vozes. Os próximos tópicos irão abordar as categorias que foram criadas a partir da análise em conjunto das entrevistas e dos diários de campo sobre o grupo.

### **5.2.1 Narrativa de Mônica**

A entrevista narrativa foi realizada com Mônica, 48 anos, uma participante de um grupo de ouvidores de vozes. Mônica nunca tinha passado pela experiência de ouvir vozes até por volta do ano de 2015; atualmente, não as escuta mais. Embora não se recorde com clareza das datas e eventos que ocorreram neste período, Mônica descreve a angústia e o medo que sentiu quando as vozes começaram a fazer parte de sua vida. As vozes, em sua maioria, traziam conteúdos negativos. Elas ameaçavam Mônica, diziam que iriam machucá-la, agredi-la, matá-la... E descreviam de que forma fariam isso.

Foi uma época muito sofrida para mim, muito dolorida. Eu não podia ficar nem dentro da minha casa, tinha que ficar na casa dos outros.

A princípio, Mônica acreditava que estava escutando ameaças de seus vizinhos, pois as vozes eram iguais às deles. Mônica sofria com tais ameaças e vivia com medo constante de que alguma delas se concretizasse. Relata que contava, apavorada, para o seu marido sobre as coisas que estava escutando e que, em certo dia, Mônica e ele chegaram a perguntar aos vizinhos mais próximos se eles gostariam que o casal se mudasse dali ou se eles tinham algum problema em relação a Mônica, uma vez que ela estava escutando suas vozes dizendo coisas ruins. No entanto, os mesmos diziam que não, que não tinham dito nada daquela natureza.

Tu acredita que uma vez eu perguntei pro filho do seu Paulo<sup>3</sup>: “Vocês querem que a gente mude daqui?”. Ai ele falou: “Não Mônica, que é isso! De jeito nenhum!”

Observando essa disparidade entre o que as vozes diziam e a forma que seus vizinhos a tratavam – com respeito, além de Mônica ser a única a testemunhar as vozes, ela começou a perceber que as vozes estavam somente em sua cabeça.

(As vozes) eram um problema, não era realidade... Era um problema mesmo da minha cabeça, não era real. Nunca foi real, nunca.  
(...)

Mas era horrível, eles morando ali e eu ouvindo só coisas ruins através deles (...). Essas coisas eram parte das vozes que eu escutava lá de casa, não eram eles falando comigo, brigando comigo. Nunca aconteceu isso. Era só eu ouvindo vozes mesmo. Nunca fizeram nada comigo. Eu ficava lá sozinha depois e eles nunca fizeram nada comigo.

Porém, constatar que as vozes não eram um “fato da realidade” não lhe trouxe conforto ou segurança. O medo crescia a cada vez que escutava alguma frase ameaçadora tendo em vista que, nos momentos de crise, Mônica não conseguia racionalizar a respeito dessa constatação. O pânico que a fazia sentir tremores nas mãos e atrapalhava a sua respiração continuava presente, fazendo com que Mônica não suportasse ficar dentro de casa. O seu coração acelerava e ela sentia a urgência em fugir dali, se esconder em um lugar seguro. Então Mônica acabava saindo na rua, procurando abrigo na casa de vizinhos em momentos que a ansiedade a sufocava ou então, pedia para que o seu marido a levasse para a casa de seu sogro.

Uma vez de manhã, eu fiquei chamando as meninas lá [referindo-se às vizinhas] – “Cadê as loirinhas aí do lote? Cadê elas?”. Isso de manhã cedo. Todo mundo estava dormindo, não saiu ninguém. Isso tudo porque parece que eu queria me esconder lá no outro lote, com medo de que já vinham me matar em casa.

---

<sup>3</sup> Nome fictício.

(...)

Ah! – expressão de surpresa ao se recordar desse evento – Tinham uns vizinhos, porque tem a casa na frente e o meu barraco nos fundos, que eu moro lá. Aí tinha esse pessoal lá também, e eu ouvia as meninas falando que iam me bater muito. Uma vez eu ouvi elas falando que no outro dia de manhã, quando o meu marido fosse trabalhar, iam esperar só ele sair para me bater. Eu lembro disso como se fosse hoje... Minha filha, eu fiquei apavorada, tu pensa que eu fiquei no lote sozinha? Eu não fiquei em casa não, fui para o trabalho com o Francisco [referindo-se ao marido].

(...)

(Meu marido) via quando eu tinha crises. Eu puxava ele pelo braço pra sair lá de casa, pra ir lá pra casa do pai dele. Parece que lá eu sentia menos medo porque tinha mais gente... Mas ainda assim, eu ficava com muito medo lá também.

Com o passar do tempo, as crises foram se intensificando. Nesses momentos em que as crises ficavam mais fortes, Mônica viajava para a casa da mãe, que mora em outro Estado, para ficar um período por lá. Mônica, antes de se casar com Francisco, morava em um Estado do Nordeste, dessa forma, todos os seus familiares consanguíneos moram por lá. Aqui, no DF, ela tem somente a companhia do marido e de seus parentes.

E toda vez que eu tava em crise, eu arrastava o meu marido falando “vamos, vamos para a casa do meu sogro que eles vem me matar, eles vem me esfaquear”. Toda vez eu corria para a casa do meu sogro ou para a casa da minha mãe, mas minha mãe não mora aqui não. Quando eu ficava muito ruim, eu viajava para a casa da minha mãe e ficava lá.

Somente a mãe de Mônica e Francisco, seu marido, sabiam que ela escutava vozes e o tipo de conteúdo que elas manifestavam. Mônica não contava para mais ninguém.

Não falava para ninguém, quem sabia mesmo era o Francisco. Ele via o jeito que eu ficava... Minha mãe sabia nas crises, quando eu ia para lá. Eu ia com crise de depressão e ficava falando sozinha.

No entanto, relata um episódio de quando estava na casa de sua mãe e sua irmã percebeu que Mônica estava “falando sozinha”. Nesta ocasião, a voz não foi amedrontadora e não lhe causou terror, pois a voz era do seu pai – que havia falecido há poucos meses. Ao se lembrar dele, compartilhou a saudade que sente e as boas memórias. Ele tinha sido um pai muito carinhoso com ela.

Ele me falava: "você não veio para o meu enterro", (...) “gosto tanto de você”...

(...)

Ele era muito bom, mulher. Ô velhinho bonzinho, de coração bom. Eu penso nele e eu lembro só da bondade dele. Pense num velhinho bom, era o meu pai.

Nesse momento, durante a narrativa, Mônica compartilha um pouco a respeito da sua infância e da criação que teve, enfatizando que foi muito feliz e que seus pais sempre foram presentes e carinhosos com ela.

Minha infância foi boa. Minha família é boa também, minha mãe, meu pai... eles cuidavam de mim, se preocupavam comigo.

Emocionada, Mônica então aborda sobre o adoecimento de seus pais e a morte do pai. Ambos foram diagnosticados com câncer. Primeiro foi o seu pai, que devido ao diagnóstico tardio, sofreu muitas complicações em decorrência do agravamento do câncer. Mônica lamenta as dores que ele sentiu neste período, mas se conforma com a perda devido ao sofrimento que ele vivenciou. Além disso, Mônica também lamenta a sobrecarga de cuidados que ficaram na responsabilidade da sua mãe e da sua irmã, pois não teve condições de viajar e dar esse suporte para a família.

Agora o meu pai não se salvou (...). Ele sentia tanta dor... Eu não estava lá, elas que me falavam pelo telefone [referindo-se a mãe e a irmã]. Ele sentia tanta dor, mas tanta dor que às vezes a gente fala assim “se é de ficar sofrendo em cima de uma cama, é melhor Deus levar”, porque é sofrido tanto pra pessoa que tá com a doença grave quanto pro cuidador que tá vendo isso todo dia. Eita que minha mãe e minha irmã lutaram muito com ele, mas agora estão em paz.

Por outro lado, ao abordar sobre a mãe, Mônica relata que o câncer foi identificado na fase inicial e que sua mãe está melhor após as intervenções médicas adequadas. Mônica também acompanhou toda essa história de longe por não ter condições de estar lá e se lamenta por não ter estado presencialmente ao lado de sua mãe nesse momento difícil.

Eu não sabia, porque ela não queria nem me falar. Aí minha irmã me contou (...). Depois minha mãe me falou que estava com câncer. Eu fiquei triste, mulher – se lamentava. Mas graças a Deus e Deus foi tão bom que operou logo. Fez particular, deu tudo certo.

Pude observar que Mônica traçou algumas elaborações a respeito das vozes que escutava, a depressão que convivia há alguns anos e o adoecimento dos pais.

Passei por todas essas coisas muito ruins, fiquei muito triste quando ele faleceu [referindo-se ao pai]. Porque ele era muito bom pra mim, pra todo mundo. Foi muito ruim também quando minha mãe teve câncer.

Mônica associa o surgimento das vozes ao agravamento da depressão, mas expressa não ter certeza sobre isso e expõe o caráter repentino que essa experiência foi para ela. No mesmo ano que as vozes surgiram, por volta de 2015, Mônica estava angustiada e preocupada

com a saúde de seus pais. Em 2015, seu pai teve o diagnóstico de câncer e faleceu alguns meses depois. Pouco tempo depois, sua mãe também havia sido diagnosticada.

Começou há um bom tempo já essa depressão. Eu acho que esse problema (das vozes) foi da depressão que eu tenho. Eu não sou muito bem lembrada dessas coisas. Eu não sei o que é realmente isso. Eu acho que é depressão. Acho que é coisa de depressão mesmo.

(...)

Eu não lembro (quando as vozes começaram). Mas assim, eu não sei se foi na época que a minha mãe teve câncer... Foi de repente, eu em casa e de repente eu ouvia os vizinhos falando que iam me bater. Começou tão de repente essas coisas.

Mônica, sozinha em outro Estado, não pôde acompanhar a família nesse período difícil. Seus familiares moram no Nordeste, ela não tem amigos próximos com quem possa compartilhar suas histórias ou segredos e, apesar da presença de Francisco, seu marido, ela ainda se sentia – e ainda se sente – muito sozinha porque ele passa muitas horas no serviço. Por isso, somente ele e, posteriormente a sua mãe, sabiam das vozes. Eles eram as únicas pessoas que Mônica sentiu segurança em contar o que estava ouvindo, além disso, eles foram as pessoas que acompanharam de perto as crises.

Ele me ajudava muito [referindo-se ao marido]. Ele falava assim “não meu amor, eu tô aqui com você, eu cuido de você, tô cuidando de você, não vou te deixar sozinha não”.

(...)

Eu acho que os problemas – referindo-se a depressão e as vozes – começaram porque ele sai cedo e chega à noite, trabalhando lá no clube. E eu fico sozinha, fico muito sozinha. Agora que eu arranjei um cachorro há uns meses atrás, até que o cachorrinho me faz companhia...

Mônica, então, me descreve como foi a sua crise mais intensa, em que tentou tirar a própria vida a fim de se proteger das vozes. Nessa ocasião, Mônica e seu marido estavam na casa de seu sogro, pois ela estava escutando as ameaças das vozes e tinha pedido para que Francisco a levasse para lá. No entanto, à medida que ia anoitecendo, as vozes ficaram cada vez mais intensas: Mônica escutava vozes, dentre elas, uma que parecia a do seu cunhado, a ameaçando e descrevendo formas de como a machucaria e tiraria sua vida. Então, naquele momento, Mônica enxergou que a única solução era tirar sua vida antes que “eles” chegassem para machucá-la e matá-la.

Foi mesmo muito ruim, muito ruim, muito ruim mesmo quando eu ouvi a voz que parecia que era definitiva, que eles vinham, que eles tavam chegando na casa do meu sogro para me matar e eu fiz isso comigo, faltou muito pouco.

(...)

Eu tava ouvindo muito forte, muito forte, muito forte mesmo as pessoas falando que tinha chegado o meu dia, que iam me bater, me matar, que iam me judiar demais, iam me esfaquear (...). Aí eu dizia assim: “antes deles me matarem, eu me mato primeiro”; porque eles diziam que iam judiar muito de mim.

Após ser internada, Mônica chegou ao CAPS em 2021 para ser acompanhada. Desde então, participa assiduamente do grupo de ouvidores de vozes. Mônica não se recorda claramente quando as vozes pararam, mas afirma que quando começou a frequentar o CAPS, ela ainda as escutava. Associa que as vozes pararam após começar o tratamento no CAPS, tomando medicações e participando do grupo. Desde então, não vivencia mais esse tipo de experiência.

Eu comecei a frequentar (o CAPS) e fui tomando remédio, aí as vozes foram sumindo. Não apareceu mais... Eu acho que é quando eu tomo remédio, agora exatamente quando, especificamente mesmo, eu não lembro. Mas quando eu tomo remédio, parece que elas param; eu tomo remédio e elas não continuam mais.

Quando fala do grupo de ouvidores de vozes, Mônica aborda sobre o bom vínculo que tem com a profissional que coordena o grupo e com alguns participantes. No grupo, Mônica relata nunca ter tido receio de compartilhar sobre o que escutava e sobre as situações de sofrimento que vivenciou, porque sente que as pessoas que estão ali são receptivas e compreendem melhor o que são as vozes já que passam ou passaram por esse tipo de experiência.

(O grupo) ajuda porque a gente fala e a Cecília (psicóloga facilitadora do grupo) vai explicando as coisas pra gente, como é que é, como é que não é. E tá me ajudando muito vir toda semana para cá. É bom né, porque você vai tendo noção de alguma coisa desse problema. Porque eu acho que isso é um problema, eu pra mim, Mônica, acho que isso é um problema – referindo-se às vozes.

Por outro lado, também comenta sobre algumas histórias compartilhadas no grupo que a marcaram. Mônica, ao escutar os relatos de outras pessoas, reflete sobre suas próprias experiências e, por vezes, vê que existem pessoas que vivenciaram experiências piores que as dela.

Eu não tenho esse problema de conversar, de falar dos meus problemas, da minha depressão, das minhas coisas.

(...)

Costumo me emocionar com as pessoas, é duro de ouvir algumas coisas, né? Principalmente com crianças ou idosos, vixe, eu me emociono demais com isso.

(...)

Tem gente pior aí do que o meu problema, mais sério, mais grave. Eu já escutei tanta coisa, mulher, Ave Maria. Eu fico pensando quando tô ouvindo elas “eita, esse daí é mais grave que o meu, mais sério”.

Mônica afirma não compreender as razões ou motivos que a levaram a ouvir vozes de pessoas conhecidas com aqueles tipos de conteúdos, nem entender o porque que a depressão ainda é presente em sua vida. Ela procura refletir a respeito dessas questões.

Eu falava assim para mim mesmo: “por que isso gente? por que isso comigo? por que tá acontecendo isso?”. Eu não entendia porque eu ouvia essas vozes das pessoas dizendo que queriam me bater e me matar.

(...)

Só que até hoje eu penso o que que é isso, porque eu não tenho problema na cabeça, só a depressão mesmo...

Mesmo ainda tendo questionamentos a respeito de sua experiência com as vozes, Mônica traça algumas elaborações a respeito de como o adoecimento de seus pais e a solidão a impactaram e levaram a piora da depressão. De acordo com o próprio entendimento de Mônica, provavelmente foi essa piora do quadro depressivo o que deu início a audição de vozes. Mônica, apesar de não escutar mais as vozes, finaliza sua narrativa expressando o medo que tem delas retornarem.

Eu sei que foi uma fase muito difícil da minha vida quando eu estava ouvindo vozes. Ave maria! Mulher, eu não tinha vida não, não tinha vida de jeito nenhum.

(...)

A melhor coisa do mundo é você não ouvir mais vozes, não passar mais pelo o que eu passei. Todo dia eu penso: “minha nossa senhora, tomara que não volte mais nunca essas vozes”. Eu tenho medo delas voltarem, mesmo tomando remédio, eu fico com medo delas voltarem.

### 5.2.2 Categorias de Sentido

A seguir, descrevo três categorias de sentido que se destacaram ao meu olhar e impulsionaram reflexões sobre o fenômeno das vozes a partir da minha participação no grupo de ouvidores de vozes e das entrevistas com Mônica e Cecília, uma psicóloga com uma longa jornada no campo da saúde mental que facilita um grupo de ouvidores de vozes em um CAPS.

#### a) Ouvir vozes: uma experiência solitária

A primeira categoria que me chamou a atenção diz respeito à solidão que as pessoas que ouvem vozes vivenciam. Além de ser uma experiência tão única e tão própria de cada

sujeito, que por vezes pode ser assustadora e parecer sem sentido (MUÑOZ et al, 2011), existem fatores culturais e sociais que contribuem com essa solidão, podendo intensificar o sofrimento psíquico que alguns ouvidores de vozes vivenciam, levando ao isolamento e a dificuldade de que essas pessoas compartilhem sobre as suas experiências com as vozes (BAKER, 2019/2009; WOODS, 2013).

Como pude observar na narrativa de Mônica, ela não sentia confiança em compartilhar com outras pessoas a respeito das vozes, somente com o seu marido – uma de suas principais rede de apoio, que ocupa um lugar de segurança e proteção. Ela acreditava que as outras pessoas não seriam capazes de entender o que estava passando, até porque ela própria não entendia. Tinha receio de ser vista como “louca” por seus vizinhos e por alguns parentes e mesmo que, em alguns momentos, tenha procurado verificar se de fato aquelas vozes eram manifestadas por alguns de seus vizinhos, após a negativa dos mesmos, Mônica evitou aproximar-se e perguntar novamente. Sua tendência foi se isolar cada vez mais e não comentar sobre as vozes com mais ninguém, trancando-se em casa ou, nos momentos de crise, procurando abrigo na casa de sua mãe ou de seu sogro.

Os sentimentos de Mônica em relação ao receio de ser julgada ou taxada como “louca” são compartilhados por outros participantes do grupo de ouvidores de vozes. Como observei em um dos encontros do grupo após ouvir alguns relatos:

Amanda relata que “a gente não pode nem falar pra ninguém, porque se a gente fala, o povo fica chamando de doida, de maluca. Então eu prefiro nem falar pra não ficar com raiva” e todas as mulheres presentes concordaram. Rebeca também pontua que “até minha família fica fazendo piadinhas. A gente vira piada quando fala que tá vendo ou escutando algo”. (DIÁRIO DE CAMPO, nº 3).

Neste encontro do grupo só haviam mulheres presentes. Todas se identificaram com o medo de serem tratadas como “loucas”, sendo abordado por elas neste dia a falta de um espaço social para falar sobre as vozes sem preconceitos, que não desvalidassem os seus sofrimentos ou fizessem piadas com a situação. Na percepção da psicóloga Cecília, que facilita o grupo de ouvidores de vozes, temas como a estigmatização, os preconceitos e a patologização costumam aparecer com certa frequência nos encontros do grupo.

Esses pacientes verbalizaram que são taxados de loucos ou que algumas religiões falam que isso é coisa do diabo, que é coisa do demônio e que então eles tem que passar por todo um processo para afastar isso. Então tem essas vertentes tanto da patologização quanto da própria religião da pessoa que acaba estigmatizando e aí a pessoa não encontra realmente uma ajuda quando é colocado como um fator externo a ela, como se ela fosse totalmente isolada da sua história de vida e tudo mais. Então acho que isso é um estigma realmente e que acontece muito. Muitas pessoas até falam no grupo que evitam verbalizar, escondem que elas ouvem vozes, porque elas sabem que as pessoas vão dizer: “ela tá doida”, “essa pessoa tá louca porque ela tá escutando vozes”. (Entrevista com Cecília, psicóloga e facilitadora do grupo).



Os receios manifestados pelos participantes do grupo em relação aos preconceitos e estigmas fazem parte de suas vivências, de situações que passaram em que foram chamados de “loucos”, “doidos”, entre outros sinônimos; ou de situações em que viram pessoas serem rotuladas dessa maneira por manifestarem algum tipo de transtorno mental. Esta forma cultural de enxergar ouvidores de vozes, assim como pessoas com algum transtorno mental, é uma das heranças do modelo biomédico que reforça esses preconceitos e estigmas, ocasionando a exclusão social dos mesmos (BARROS, SERPA JÚNIOR, 2017; CORRADI-WEBSTER, SANTOS, LEÃO, 2017). Essa exclusão pode ser observada nos relatos, em que os ouvidores preferiram se isolar e não falar sobre suas vozes, silenciando-se (BAKER, 2019/2009; WOODS, 2013). Além disso, os preconceitos, estigmas, exclusão, silenciamento e piadas, como aparece nos relatos compartilhados no grupo, são algumas formas de violência que os ouvidores sofrem; violências essas produtoras de sofrimento psíquico (DELGADO, 2012; GUSMÃO et al., 2018).

Só que até hoje eu penso o que que é isso, porque eu não tenho problema na cabeça, só a depressão mesmo... (Entrevista com Mônica, participante do grupo).

No relato de Mônica, sua pontuação sobre não ter problema na cabeça pode ser uma forma de se proteger e se afastar do estigma. Como abordado anteriormente, ouvir vozes, para o imaginário social, se relaciona com a loucura e ocupar o lugar de “louco” em uma sociedade que associa o fenômeno das vozes a uma patologização, pode colocar o sujeito em um lugar vulnerável de exclusão e violências.

É possível observar também que a falta de apoio e suporte familiar se torna um dos fatores que intensificam o sofrimento psíquico (FERNANDES, 2017; PESSOA, 2019).

Eliza sente-se sobrecarregada, principalmente após a chegada do pai que se encontra totalmente dependente de cuidados após três AVCs. Mesmo diante de uma relação conturbada com o pai, em que as vozes mandam Eliza atacá-lo, nenhum de seus familiares lhe dão suporte. Como traz Eliza: “Ninguém me ajuda e ninguém quer cuidar dele. Minha família não entende o meu estado, ninguém me apoia... Eles ficam fazendo piadinhas com o meu sofrimento e falam que é frescura minha. Eu tô sozinha” (DIÁRIO DE CAMPO, n° 2).

O suporte familiar está associado ao processo de recuperação em sofrimentos mentais (BAKER, 2009/2019; PESSOA, 2019). Embora não seja suficiente para diminuir as vozes, a falta dele e uma relação conflituosa pode agravar a experiência de ouvir vozes (FERNANDES, 2017; PESSOA, 2019).

Por outro lado, em outros encontros do grupo, alguns participantes relatam ter liberdade em contar sobre as vozes com alguns membros da família, como é o caso de Mônica com o seu marido, a quem sentia-se segura em pedir ajuda e contar o que estava escutando.

Porém, observa-se que existe uma tendência das pessoas evitarem falar sobre as vozes por receio de preocupar seus entes, sobrecarregá-los ou os atrapalhar com esse tipo de assunto.

Paulo comenta que a sua irmã é a sua principal rede de apoio, que sempre que ele começa a escutar vozes, ele vai até a sua casa para conversar e/ou pedir ajuda. Porém, ultimamente tem evitado chamá-la: “Eu não quero atrapalhar. Ela tá muito ocupada com o noivado, não quero ficar enchendo a cabeça dela com essas coisas não”. (DIÁRIO DE CAMPO, n° 4).

Nestes casos, em que se tem o apoio familiar e um certo entendimento sobre o transtorno, os familiares se engajam para fazer parte do acompanhamento do tratamento, criando-se um espaço para que o ouvitor possa compartilhar suas experiências sem ser estigmatizado, tendo assim, uma maior rede de cuidados. A família é um dos mais importantes pilares de redes de apoio uma vez que, geralmente, é o núcleo familiar que está junto ao ouvitor nos momentos de crises, acompanhando de perto o sofrimento (FERNANDES, 2017; PESSOA, 2019). Tornar a família aliada nos cuidados com o frequentador pode ajudar na sua melhora (PESSOA, 2019).

Em busca de ajuda ou compreensão, é comum que algumas pessoas procurem respostas em religiões, que podem tanto ajudar o sujeito a dar significado a experiência das vozes quanto prejudicar, reforçando estigmas e preconceitos, levando a pessoa a se isolar também da comunidade religiosa. Reinaldo e Santos (2016) apontam que, em casos positivos, a religião influencia a saúde mental por incentivar comportamentos e estilos de vida saudáveis, podendo também atuar como uma rede de apoio que auxilia o sujeito através do sentimento de pertencimento a um grupo, possibilitando a ampliação dessa rede, além de que o sujeito pode recorrer ao representante religioso para ajudá-lo a identificar os momentos de crise. As autoras mencionam que geralmente os líderes indicam a busca por serviços de saúde ou auxiliam através de rituais religiosos (correntes de oração, novenas, trabalhos espirituais etc.). Para alguns frequentadores do grupo, a experiência religiosa atua como um fator protetivo. Porém, no relato de Vanessa pode-se observar como, no seu caso, a intervenção religiosa foi prejudicial:

A pastora falou que isso é o demônio mandando eu fazer o mal, então eles me amarraram e fizeram uma corrente de oração. Eu fiquei agoniada, com medo, parece que as vozes só pioraram. Eu pedia pra sair de lá, mas eles achavam que era o demônio falando e não me soltavam. (...) Nunca mais pisei o pé lá (...). Parecia até quando eu fiquei internada, a gente pede pra sair de lá e ninguém escuta, ninguém leva a sério. (DIÁRIO DE CAMPO, n° 6).

Com esse relato, é possível observar aproximações entre a violência que se presentifica em contextos de internações e no contexto religioso, como no caso de Vanessa que passou por contenções físicas e silenciamento, tendo sua autonomia e sua voz

desconsideradas. O estudo desenvolvido por Reinaldo e Santos (2016) também aborda sobre situações em que a religião foi prejudicial para o sujeito, sendo citados: a recusa do sujeito, dos familiares ou mesmo do líder religioso em buscar um tratamento em saúde mental; e situações como a que Vanessa vivenciou, em que as atividades religiosas expõem o sujeito como alguém que está possuído por uma entidade do mal, gerando sofrimento, constrangimento e isolamento social.

No grupo, há alguns relatos sobre internações compulsórias e experiências traumáticas. O estigma da loucura coloca os sujeitos em risco de serem internados, sendo este um outro fator que contribui para o isolamento e silenciamento de ouvidores de vozes. Alguns participantes trazem que evitam falar sobre as vozes para que não sejam internados.

Carlos, em tom jocoso, diz que: “Toda vez que eu tenho consulta com o psiquiatra, – referindo-se a instituição de internação – eu fico bonzinho. Não escuto nada, não vejo nada (...). Tem que mentir, né? Se não, eles internam a gente”. (DIÁRIO DE CAMPO, nº 1).

Nesse caso, a mentira se torna um recurso para proteger-se das violências submetidas por instituições asilares. Neste tipo de instituição, fica claro a hierarquização dos papéis sociais em que os profissionais detêm poder sobre o sujeito, que por sua vez, é colocado em uma posição passiva e de obediência, tendo sua liberdade e seus direitos retirados de si (AMARANTE, 2013). Como abordam Corradi-Webster, Santos e Leão (2017), o modelo biomédico ainda é presente na formação de diferentes profissionais que atuam na saúde mental, podendo reforçar estigmas e preconceitos, em que o sujeito se torna um objeto a ser tratado. O foco do tratamento passa a ser os sintomas e o sujeito e sua história de vida acabam sendo desconsiderados (LEADER, 2013). Esse tipo de viés abre espaço para a violência praticada em contexto de hospitais psiquiátricos contra pessoas em situação de internação, muitas vezes marcada pela internação compulsória ou involuntária, pela ausência de contratualidade, pela perda de direitos, de cidadania e de autonomia (CARDOSO et al., 2020).

A violência em instituições asilares, relatada por alguns participantes, ainda pode ser manifestada de outras formas, semelhantes às mapeadas por Cardoso et al. (2020) em sua pesquisa:

(...) A análise das narrativas permitiu recuperar o cotidiano administrado (falta de autonomia na condução de suas vidas, obrigatoriedade do uso de farda, realização de atividades rotineiras em horários preestabelecidos, impossibilidade de escolher companheiros ou companheiras de quarto, sistema de vigilância e vínculos rompidos com a família, colegas de trabalho e amigos) e mapear as formas de violência institucional a que estiveram expostos (ausência de atividades socioterapêuticas,

tratamento padronizado e doses punitivas com efeito sedativo, mas também negligência no cuidado à saúde física dos usuários, agressão física, confinamento, ‘injeção’ e ‘choque elétrico’, além de preconceito, estigma).

Em um dos encontros, Renata, uma participante que estava em profundo sofrimento psíquico e com uma ideação suicida muito intensa, relatou sobre algumas internações que teve no hospital psiquiátrico e descreveu algumas violências a que foi submetida: hipermedicalização/sedação, agressões físicas e sexuais. No seu caso, estando em um período em que desejava por fim a vida, Renata trouxe que:

Minha irmã ameaçou me internar (para que não tirasse a própria vida). Mas isso não vai adiantar em nada, porque eu sei que lá eu consigo rapidinho alguém pra tirar minha vida por mim. Se lá eu já passei essas coisas...” [referindo-se às violências que sofreu durante as internações anteriores] (DIÁRIO DE CAMPO, n° 6).

Esse foi um dos relatos que mais me impactou. Mesmo que a intenção da irmã de Renata, ao ameaçá-la, fosse prevenir que ela tirasse a própria vida, esse relato deixa muito claro como, não apenas ouvidores de vozes, mas outras pessoas em sofrimento psíquico podem se tornar vítimas de uma instituição asilar. Renata também abordou sobre os diversos tipos de violências que vivenciou nessa instituição. Na minha experiência como estagiária no CAPS, essa foi a primeira vez que ouvi uma pessoa referindo-se à internação como algo que poderia ajudá-la a tirar sua vida, até então, os relatos que tinha escutado, apesar do conteúdo violento, sempre giravam em torno do trauma e do medo de ter que passar por essa experiência novamente.

Durante a minha participação no grupo, ouvi muitas histórias de sofrimento de pessoas que escutam diariamente vozes de comando e vozes depreciativas. Mas, também pude observar que a intensidade desse sofrimento era potencializada pela dificuldade que o meio social impõe na vida de ouvidores de vozes através dos estigmas, dos preconceitos, da herança manicomial e da falta ou fragilidade de uma rede de apoio. Por isso, **ouvir vozes: uma experiência solitária** foi o primeiro sentido que descrevi, a experiência de ouvir vozes por si só é solitária porque ninguém mais as escuta, somente o ouvidor; mas, essa experiência se torna cada vez mais solitária pela escassez de espaços livres de estigmas e preconceitos que possibilitem aos ouvidores falar sobre as vozes. Não tendo suporte, a tendência dos sujeitos é se isolarem cada vez mais e falar cada vez menos sobre as vozes e seus sofrimentos.

### **b) As vozes, a história de vida e as experiências de sofrimento**

O cerne do HVM é fundamentado na relação que as vozes têm com a história de vida do sujeito que as escuta, bem como suas crenças e valores, dessa forma, a experiência de ouvir vozes pode ter diversos e múltiplos significados que vão variar para cada pessoa (CORRADI-WEBSTER; SANTOS; LEÃO, 2017; EGITO, SILVA, 2019; WOODS, 2013). Na história de Mônica e de alguns participantes do grupo de ouvidores de vozes, as trocas mais presentes no grupo diziam respeito ao medo dos estigmas e preconceitos (e mesmo das violências que alguns ouvidores já vivenciaram) e ao sofrimento psíquico intenso causado pela natureza das vozes. As vozes em sua maioria eram vozes de comando, que pediam para os frequentadores tirarem a própria vida e/ou tirarem a vida de terceiros, vozes depreciativas, que insultavam os ouvidores, e/ou vozes que “previam” situações ruins que poderiam acontecer com os sujeitos, como no caso de Mônica. No entanto, essas mesmas pessoas também ouviam vozes que não eram assustadoras, considerando-as como amigas ou mesmo associando-as a entes queridos, como no relato de Mônica em que ela escutou a voz do seu falecido pai, que lhe dizia coisas carinhosas. Uma mesma pessoa, dada a diversidade da experiência de ouvir vozes, pode ter experiências positivas e negativas, e neste último caso, dar voz às vozes pode ajudar a dar sentido a essa experiência (ROMME, 1989; ESCHER, 2009; BAKER, 2019/2009).

Para auxiliar na elaboração dessas experiências de sofrimento, a psicóloga Cecília, que é a facilitadora do grupo, costuma explorar junto aos participantes as individualidades de suas experiências, tais como o início das vozes, sua história de vida, os eventos que podem ter sido gatilhos e os conteúdos manifestados pelas vozes (ROMME, 2009; FERNANDES, 2017). Assim como, em um viés psicanalítico, ambas abordagens buscam compreender as experiências de vida do sujeito, a forma que ele se relaciona com o mundo e como o interpreta; uma vez que para a psicanálise os sintomas estão articulados com as experiências de vida e sofrimento do sujeito (FREUD, 2016/1893; MUÑOZ et al., 2011; NASCIMENTO, 2020). Dessa forma, a troca grupal é bastante rica dado os diferentes entendimentos e sentidos que os frequentadores dão às suas vozes.

Na história de Mônica, podemos observar que o surgimento das vozes, assim como o fim delas, podem estar relacionados com algumas de suas vivências. Antes de ouvir vozes, Mônica já convivía com a depressão, porém, como ela própria traz na entrevista sobre seu entendimento a respeito do surgimento das vozes e as elaborações que constrói, o adoecimento dos pais, o falecimento do pai e a solidão podem ter sido gatilhos que

desencadearam o fenômeno de ouvir vozes. Ao passo que o fim das vozes, de acordo com o entendimento de Mônica, é marcado por uma ação conjunta entre o acompanhamento no CAPS, sua participação no grupo de ouvintes de vozes e o uso de medicações.

Nesse sentido, é possível refletir sobre as possíveis relações entre eventos que marcaram a história de Mônica e o surgimento das vozes. Considerando-se as vozes e seus conteúdos como um sintoma no sentido psicanalítico, as vozes representam uma conciliação entre conteúdos inconscientes e mecanismos de defesa diante de eventos que marcaram o sujeito. Para Freud (2016/1894, 2011/1924), uma vez que o sujeito vivenciar uma experiência carregada de afeto, que se torna incompatível com a sua vida, o aparelho psíquico busca recursos para defender o sujeito, sendo o sintoma uma manifestação do inconsciente que ultrapassou essa barreira de proteção, um sinal que pode estar ligado ao sofrimento psíquico. Semelhante a esta análise, para Romme e Escher (2009), as vozes podem ser a manifestação de um mecanismo de defesa diante de eventos traumáticos da vida do sujeito, que também sinalizam que existem questões que precisam de atenção e cuidado.

Uma outra dimensão que pode auxiliar na compreensão da origem das vozes diz respeito aos conteúdos que elas abordam. Para Romme e Escher (2009), os conteúdos também se relacionam aos traumas vivenciados pelo ouvinte. No entanto, na entrevista com Mônica, não foram identificadas elaborações que tangem o conteúdo das vozes. Embora se recorde dos conteúdos, Mônica relata ainda não compreender o porquê as vozes a ameaçavam e diziam coisas ruins a seu respeito.

No grupo também é possível observar que outros participantes também traçam suas próprias elaborações a respeito do início das vozes, bem como compartilham seus entendimentos a respeito dos conteúdos manifestados por elas. Leticia traz em seu relato a primeira vez que escutou vozes, tendo muito claro em sua recordação a experiência de sofrimento que desencadeou a audição de vozes.

Eu comecei a ouvir vozes quando tinha oito anos de idade. Eu comecei a escutar e ver um garotinho de seis anos um dia depois de ser abusada sexualmente pelo meu próprio pai. (...) Eu senti que tinha algo estranho, que algo ruim iria acontecer... E eu pedi pra minha mãe pra ela não me deixar sozinha com meu pai, mas ela não me escutou. Quando ela chegou em casa, eu contei o que meu pai tinha feito comigo e ela não acreditou em mim. No dia seguinte apareceu esse garotinho pra mim, ele me pedia para fazer coisas boas e ruins...

(...)

Ele me pedia para bater ou atacar as pessoas, e eu batia nas pessoas do nada, já chegava batendo. Depois entendi que era uma forma da minha cabeça me proteger, porque minha cabeça identificou que aquela pessoa representava um perigo pra mim.

(...)

As vozes aparecem porque estamos solitários, sozinhos. É como ter alguém com quem conversar. (DIÁRIO DE CAMPO, n° 1).

Uma das lembranças que marcou Letícia em relação a violência que sofreu, foi o posicionamento de sua mãe, de quem guarda muita mágoa. Por vezes, Letícia diz que sua mãe foi ausente, que não a ajudou quando precisou e que por sua mãe não ter tomado uma atitude, seu pai continuou a violentá-la nos anos posteriores. Letícia, que apresenta um longo percurso na saúde mental e traz importantes contribuições a respeito das vozes, além de relacionar em sua história de sofrimento o momento que as vozes surgiram, também as relaciona à solidão, tendo em vista que além das violências sofridas no núcleo familiar, não tinha o apoio que precisava, sentia-se sozinha e insegura, então, as vozes se tornaram sua companhia. Uma outra dimensão que pode se observar no discurso de Letícia, diz respeito aos conteúdos manifestados pelas vozes, reconhecendo o caráter metafórico – para ela, a voz do garotinho que a pedia para atacar as pessoas tratava-se de uma forma que a sua “cabeça” encontrou de protegê-la de pessoas que representavam algum perigo.

Eliza também associa o início das vozes a uma circunstância que a abalou emocionalmente:

O chão tava molhado e eu caí, senti muita dor, não tava conseguindo me levantar. Minhas colegas chamaram por ajuda, mas eles só me colocaram na maca e disseram que eu deveria ir para UPA. Eu perguntei por que não podiam me atender lá, se lá tem os médicos, os remédios, toda a estrutura. Falaram que eles não poderiam me atender porque seria um gasto pro hospital. Eu me senti sem nenhum valor. Trabalhei lá por anos, conhecia o pessoal tudo... É nessas horas que a gente vê que não tem amigo de verdade. (DIÁRIO DE CAMPO, n° 2).

(...)

Alguns dias depois eu fui pra lá, mesmo afastada. As vozes me pediam para fazer uma besteira e eu fui preparada, com uma faca escondida na bolsa... Mas quando cheguei na porta do hospital, eu me segurei e liguei para o meu marido me buscar, porque se eu entrasse lá dentro, eu iria fazer uma besteira (DIÁRIO DE CAMPO, n° 2).

Eliza pontua que começou a escutar vozes depois desse acidente. Neste caso, a participante relata que não tem condições emocionais de voltar a trabalhar no mesmo hospital, uma vez que as vozes a mandam atacar os colegas de trabalho. Neste período do grupo, Eliza também compartilhou que sempre que saía de casa, levava uma faca escondida na bolsa no intuito de se defender, pois as vozes lhe diziam que as pessoas na rua estavam planejando em alguma medida prejudicá-la. Eliza saía poucas vezes de casa, indo somente para o CAPS ou para o mercado, pois sentia muito medo de que algo ruim acontecesse.

Neste mesmo dia, outras duas participantes relataram que também andavam com facas em suas bolsas. As circunstâncias, em alguma medida, eram parecidas: elas também escutavam vozes que diziam que algo ruim poderia acontecer com elas e vozes depreciativas

de pessoas na rua criticando-as. Ambas também tinham medo de algo ruim acontecer, carregando a faca como uma forma de se proteger.

Uma dessas mulheres era Amanda, que também se encontrava em intenso sofrimento psíquico. Quando compartilhou sua história com a audição de vozes, identificou-se com Letícia, por também ter sofrido violências sexuais ao longo de sua infância e vida adulta.

Eu sempre escutei vozes, desde pequena. Também fui abusada pelo meu próprio irmão mais velho e ninguém da minha família acreditou em mim, ninguém fez nada. Fui violentada até ter idade pra sair de casa. Mas o meu primeiro marido também me machucava, eu ficava lá, dopada de remédio, sem conseguir me mexer ou então dormindo, e ele abusava de mim achando que eu não tava percebendo.

(...)

Durante a noite eu não durmo nada. As vozes não param, elas não me deixam dormir. Eu me sinto sufocada, então corro pro quintal e fico lá, mas isso não diminui as vozes... Eu não tranco a minha casa caso eu precise fugir de lá (...). (DIÁRIO DE CAMPO, nº 3).

A psicóloga Cecília aponta que:

Eu penso que não existe uma desvinculação da singularidade dessa história de vida das pessoas e a audição de vozes; eu acho que elas estão muito relacionadas. A gente vê que a grande maioria das pessoas, quando vão trazer a história de vida e o início da audição de vozes, elas trazem sempre um trauma, algo que aconteceu antes como uma violência física ou uma violência verbal ou então um abuso sexual; um certo abandono dessas pessoas em determinada época da vida ou perdas muito importantes também; pessoas que ficaram sós na infância, que perderam os pais ou os pais abandonaram. Então tem sempre uma relação com essas questões da história de vida, principalmente na primeira fase da vida e depois o início da audição de vozes. Alguns relatam que já lá na infância começam a escutar. Então parece que existe um ponto onde as pessoas sofrem um trauma ou vivenciam por muito tempo o trauma e depois elas começam a escutar vozes. Eu acho que isso tem sim uma relação e acredito que esse é um dos pontos que a gente precisa trabalhar bastante, que é essa escuta, esse entendimento e levar as pessoas também a entenderem que isso não foi uma coisa isolada que aconteceu na vida delas por acaso, quase sempre tem a ver com a sua singularidade. (Entrevista com Cecília, psicóloga e facilitadora do grupo).

Nesse sentido, tanto pelo relato da psicóloga Cecília quanto pelas histórias compartilhadas pelas pessoas que participam do grupo, observa-se esse “ponto” entre suas experiências de sofrimento e o início da audição de vozes; um afeto aflitivo carregado ou uma experiência traumática que desencadeou a audição de vozes. Os relatos de Letícia e Amanda abordam sobre as violências que vivenciaram na infância e o início da audição de vozes. Em comum a todos os relatos aqui compartilhados, tem-se novamente a questão da solidão, como aponta a psicóloga Cecília, o abandono ou a perda de um membro da família, que também podem estar associados a audição de vozes. No caso de Mônica, estão presentes o adoecimento de seus pais e a perda do seu pai, de quem tinha muita proximidade. Nos casos de Letícia, Amanda e Eliza, observam-se o abandono, marcado pela omissão de ajuda nos momentos em que estavam fragilizadas.



É importante ressaltar que estas análises não propõem uma relação causal entre um evento e as vozes. A produção de vozes relaciona-se a uma articulação complexa e singular das experiências de vida, em especial de intenso sofrimento, em que as vozes podem ser uma manifestação dessas experiências e uma defesa em relação ao sofrimento psíquico provocado por elas.

**c) Grupalidade e Convivência: antídotos para a solidão e o estigma**

No grupo de ouvidores de vozes pude ver na prática a diferença que um local de escuta acolhedor e livre de julgamentos pode fazer na vida de ouvidores de vozes uma vez que diminui a solidão dessa experiência e dos sofrimentos que podem estar associados a ela. Nesse sentido, a importância de se ter um grupo específico para ouvidores de vozes se destaca, pois o grupo propicia um espaço para que os ouvidores possam falar sobre suas experiências com as vozes, possibilitando, além disso, a integração e a criação de vínculos (FERNANDES, 2017; PESSOA, 2019). Nesse espaço, as vozes são aceitas, o que estimula o ouvidor a aceitá-las também, sendo este o primeiro passo para construir uma boa relação com as vozes (ESCHER, 2009; ROMME, 2009; BAKER, 2019/2009).

Sempre que aparecem novos integrantes, Cecília faz um contrato verbal, sinalizando as regras que auxiliam na organização e ética do grupo. A primeira regra refere-se ao sigilo das informações compartilhadas uma vez que as pessoas compartilham vivências muito pessoais e histórias de vida e sofrimento. A segunda diz sobre o respeito e o não julgamento das pessoas e das histórias compartilhadas. Por último, a terceira introduz a perspectiva do HVM, em que naquele espaço as vozes são compreendidas como uma capacidade que algumas pessoas têm. Após informar as regras, a psicóloga costuma explicar brevemente sobre algumas características do HVM como a despatologização do fenômeno das vozes e o espaço para que os ouvidores de vozes possam dar voz às suas vozes. Essas regras apontam para os princípios do HVM, que busca a despatologização da audição de vozes e compreende que as vozes fazem parte das experiências humanas que algumas pessoas podem ter ou não (BAKER, 2019/2009; EGITO; SILVA, 2019).

Como abordado anteriormente, muitos ouvidores sofrem com os estigmas, os preconceitos e seus efeitos, muitas vezes violentos. O grupo de ouvidores de vozes é uma forma de ampliar a compreensão acerca do fenômeno por outras óticas e vieses (FERNANDES, 2017), em que os preconceitos são questionados, permitindo que ouvidores transitem por outros papéis sociais que não de pacientes psiquiátricos (EGITO; SILVA, 2019), sendo uma forma de defender a autonomia e os direitos do sujeito (WOODS, 2013). No

grupo, foi possível observar um trabalho colaborativo entre a psicóloga Cecília e os participantes, em que são pensadas em conjunto alternativas que ajudem a compreender as vozes, trabalhando e desenvolvendo estratégias para lidar com elas diferente das alternativas tradicionais (CORRADI-WEBSTER; SANTOS; LEÃO, 2017; MUÑOZ et al, 2011; PESSOA, 2019).

A psicóloga Cecília atua no campo da saúde mental há 12 anos por meio do seu trabalho no CAPS e relata ter conhecido a abordagem do HVM através de um psicólogo-pesquisador que na época tinha iniciado um grupo de ouvidores de vozes em um CAPS. A partir desse contato, Cecília se interessou pela temática e começou a pesquisar e estudar sobre o HVM. Em seu relato, aponta que:

A experiência de trabalho com ouvidores de vozes em CAPS não é tão comum assim. No entanto, como a gente tem esse espaço e eu já trabalhei muito com grupo de escuta com pacientes, eu achei que poderia ser uma experiência interessante de pegar esses pacientes e poder dar voz a eles, poder proporcionar esse momento de escuta e de compartilhamento com eles. (Entrevista com Cecília, psicóloga e facilitadora do grupo).

Cecília também descreve um pouco a respeito da sua experiência como facilitadora do grupo e percepções sobre os efeitos do grupo em alguns frequentadores:

Tem sido bem surpreendente ver o resultado que as pessoas conseguem alcançar no sentido de se sentirem acolhidas, de se sentirem menos excluídas (...) pelas pessoas terem certo preconceito com pessoas que ouvem vozes. E quando elas chegam em um ambiente onde elas sentem que ali podem manifestar isso e não vão ser julgadas, eu acho que é uma sensação muito boa. A gente vê a transformação que as pessoas, que conseguem aderir mesmo ao grupo, vão passando.

(...)

É muito comum as pessoas chegarem com conteúdos de vozes de comando e vozes negativas. Isso é uma coisa que acontece muito nos grupos e é muito comum que aconteça. Quando elas conseguem falar sobre isso, parece que desarma um pouco esse comando. Elas conseguem se ver como protagonistas de suas vidas e que elas não têm que necessariamente seguir esses comandos (...). Então acho que isso é uma coisa bem importante, conseguir fazer uma escuta de modo que as pessoas possam falar sobre isso e ao mesmo tempo que elas vão falando, elas vão tanto aliviando a força dessas vozes como se dando conta de que elas não têm que seguir as coisas negativas que essas vozes falam. Às vezes os próprios participantes do grupo falam isso “não, você não tem que dar ouvidos pra ela; como que pode fazer então...”. Às vezes até as estratégias de enfrentamento surgem no próprio grupo. Então acho que isso é um fator super importante (Entrevista com Cecília, psicóloga e facilitadora do grupo).

Como Cecília aborda, o grupo tem um potencial terapêutico pelo fato das pessoas poderem compartilhar suas experiências com as vozes, falar sobre elas. Assim como o recurso linguístico é fundamental na psicanálise para acessar o que está por trás dos sintomas (FREUD, 2016/1893), para o HVM as narrativas dos sujeitos também são fundamentais para compreender a experiência das vozes (ESCHER, 2009; ROMME, 2009; BAKER, 2019/2009). A narrativa de sua própria história de vida auxilia a construir sentidos sobre as

vozes (BAKER, 2019/2009; MUÑOZ et al, 2011; WOODS, 2013), sendo o compartilhamento de histórias uma das principais características de um grupo de ouvidores de vozes, funcionando como uma forma de “recuperar” sua história de vida, levando ao empoderamento da identidade individual e grupal (WOODS, 2013).

Além do potencial terapêutico, existe também uma tendência do próprio grupo se mobilizar diante das histórias compartilhadas e procurar juntos por estratégias de enfrentamento em relação às vozes. Leticia foi uma das frequentadoras que tinha uma postura mais ativa diante do grupo, incentivando que as pessoas falassem sobre os recursos que utilizam para lidar com as vozes.

Nós estamos aqui pra ajudar uns aos outros, porque só a gente que escuta vozes sabe o que sentimos, por mais que a Cecília nos ajude a entender um pouco, só nós que podemos saber o que funciona ou não pra diminuir as vozes (DIÁRIO DE CAMPO, nº1).

Diante dos incentivos de Leticia, algumas pessoas que até então não tinham falado, sentiram-se encorajadas a contar um pouco de suas histórias. De acordo com a psicóloga Cecília, esses movimentos de grupalidade e solidariedade que vão surgindo nos próprios integrantes do grupo a partir da convivência propiciam uma maior interação e até mesmo uma postura mais acolhedora. Nesse sentido, a convivência como dispositivo de cuidado (RESENDE, 2015) é colocada em prática no grupo. O *estar com, fazer junto e deixar ser* são praticados não somente por Cecília, mas por todo o grupo que possui uma postura muito acolhedora frente às experiências de sofrimento que ali são compartilhadas, respeita-se o tempo de cada um, suas lágrimas, suas histórias e até mesmo, o seu silêncio.

A gente vê um certo movimento das pessoas, em determinado momento do grupo, se tornarem solidárias as outras no sentido de que “a gente pode te dar carona”, “a gente pode vir junto”, “eu posso te passar tal telefone de tal contato”. Acho que isso é uma coisa que tem nos grupos em geral, mas especialmente no grupo de ouvidores de vozes, acho que é um fator de potência onde as pessoas possam usar esse espaço para compartilhamento, troca, para não sentirem tão sós – acho que esse é um fator muito importante, como a gente tava falando de pessoas muito solitárias e que quando elas têm a possibilidade de serem escutadas, de terem um momento de troca e tudo mais, elas se sentem muito melhores (Entrevista com Cecília, psicóloga e facilitadora do grupo).

Dessa forma, o grupo propicia a aproximação das pessoas e a formação de vínculos, expandindo-se a rede de apoio (BASTOS, 2018; BENEVIDES et al., 2010; ROMME, 2009; FERNANDES, 2017) – aspecto esse que se torna muito importante dada a escassez/fragilidade das redes de apoio dos frequentadores do CAPS. Apesar do grupo de ouvidores ser um espaço importante de cuidado, a psicóloga Cecília descreve também a importância de ampliar as redes de apoio que são essenciais para um cuidado no modelo da atenção psicossocial.

Ao mesmo tempo que a gente sabe que o grupo é um espaço importante, tem outros fatores que a gente sabe que também são muito importantes como os fatores sociais, familiares, a questão da abrangência do território... A gente também não pode pensar que só o grupo tem essa capacidade, ele ajuda sim as pessoas, mas ele também é uma combinação de outros fatores que são necessários que estejam juntos nos cuidados com os pacientes da saúde mental. Tem alguns pacientes que não tem isso, o que a gente vê também são pacientes que, às vezes verbalizam isso outras vezes não, são pessoas muito solitárias na vida, que não tem uma rede, que não tem familiares, eu acho que isso é um aspecto bem importante também. Essas pessoas muitas vezes, o que que elas têm? Elas têm as vozes.

(...)

A questão da família, a questão da ampliação da rede, acho que é um desafio bem grande (...). A questão da família entender, da gente pensar em como inserir a família de alguma maneira, com alguma participação, onde elas possam também entender melhor essa experiência. A ampliação de rede, porque a gente vê que, por exemplo, algumas pessoas falam do desejo de fazer algum curso, de fazerem alguma atividade e a gente sabe que isso é bem importante para elas, para sair dessa imersão de ouvir vozes. Então a gente precisa da rede, precisa saber o que que tem nesse território para poder encaminhar as pessoas (Entrevista com Cecília, psicóloga e facilitadora do grupo).

Em relação a facilitação do grupo, Cecília aponta sobre a importância de trabalhar juntamente com um cofacilitador ou alguma outra pessoa, pois em situações de crise, tanto o facilitador quanto o cofacilitador podem manejar a situação, se for necessário, até mesmo sair da sala para acolher a pessoa que está em crise. Por outro lado, um dos facilitadores pode continuar com o grupo, evitando que o grupo fique desamparado diante das mobilizações que surgem quando alguém entra em crise.

### **5.3 (Re)interpretação**

O objetivo deste tópico é descrever algumas de minhas reflexões acerca dos aspectos que se destacaram aos meus olhos durante minha participação e, em alguns momentos, facilitação de um grupo de ouvidores de vozes e na análise das informações qualitativas.

Desde a primeira vez que ouvi sobre o movimento de ouvidores de vozes, no II Congresso Online Nacional Ouvidores de Vozes em Saúde Mental de 2021, meu interesse foi despertado. Essa nova perspectiva de cuidado, em que as vozes e seus conteúdos são aceitos como ferramentas para aprender a lidar com as vozes, contesta a tradição psiquiátrica, na qual as pessoas que ouvem vozes são reduzidas a pacientes psiquiátricos e sua história de vida e suas experiências com as vozes são desconsideradas (MUÑOZ et al., 2011). O HVM traz o protagonismo, a autonomia, o lugar de “especialista por experiência” ao ouvidor (FERNANDES, 2017; WOODS, 2013). Dessa forma, iniciei o estágio desejando poder participar do grupo de ouvidores de vozes e assim o fiz, ora como participante ora como facilitadora. Fui bem recebida pelo grupo e em todas as oportunidades que tive, agradei a

todos os participantes pela confiança de me deixar ouvir suas histórias de vida e de sofrimento.

Em uma das conversas que tive com uma participante do grupo em um encontro “casual” perto do refeitório, ela me confidenciou que:

Quem sofre como a gente, quem tem transtorno mental, também sofre de culpa. A gente se culpa muito... Pode observar, todo mundo se sente culpado.

Dentre os relatos que escutei no grupo, bem como na entrevista com Mônica, pude observar que essas pessoas se culpavam por se considerarem um fardo e uma fonte de preocupação para a família, essas pessoas não queriam despender energia desses familiares que estavam cuidando delas.

A primeira categoria de sentidos que descrevi me mobilizou bastante. Em minha interpretação, o sofrimento é solitário. Embora seja entendido que as experiências são únicas por sermos seres humanos diferentes, com diferentes vivências e percepções sobre o mundo; pude observar em minhas análises que quem sofre, muitas vezes, é isolado e se isola. Primeiro, tem-se essa característica de que cada sofrimento é único e, no caso de ouvidores de vozes, pode ser atormentador escutar vozes que mais ninguém escuta, além delas manifestarem conteúdos depreciativos ou comandos para que o sujeito tire a própria vida ou faça algo contra pessoas próximas. Somando-se essa primeira característica com os estigmas e preconceitos culturais que ouvir vozes representa, a experiência solitária gera o isolamento social uma vez que o ouvidor de vozes não se sente compreendido e por vezes é julgado socialmente como “louco”, “doido” ou “possuído por alguma entidade espiritual maligna”. Para fugir dessas denominações e das consequências que elas podem trazer – desde internações compulsórias até “tratamentos” de caráter religioso, ouvidores de vozes acabam preferindo não compartilhar nada sobre as vozes. Além disso, um outro aspecto que pode ser adicionado a essa solidão e isolamento, diz respeito ao ouvidor não querer preocupar familiares ou amigos. Dessa forma, as vozes são guardadas somente para si, bem como as experiências de sofrimento que podem decorrer dessas vozes.

Embora ouvir vozes seja uma experiência solitária, que pode desencadear experiências de sofrimento que levem ainda mais ao isolamento, isso não significa que um ouvidor de vozes esteja sozinho. Nos casos que pude acompanhar no grupo, bem como na entrevista com Mônica, observei que a maioria possuía pelo menos um membro da família ou um amigo com quem poderiam ter apoio e compartilhar sobre as vozes. Além disso, o grupo de ouvidores de vozes ocupa esse espaço de juntar pessoas solitárias em suas experiências com as vozes que se isolaram de seu meio social. Cria-se uma nova perspectiva que embora as vozes sejam únicas

para cada ouvitor, ninguém compreende melhor essa experiência do que as próprias pessoas que escutavam vozes (BAKER, 2019/2009; ROMME e ESCHER, 1989, 1997; WOODS, 2013); dessa forma, o grupo se torna um espaço muito acolhedor e de respeito entre os membros (PESSOA, 2019), tornando-se local de trocas que possibilita amenizar a solidão e o isolamento. Em uma das vezes que pude facilitar o grupo, após agradecer a confiança dos participantes em compartilhar comigo sobre suas vivências, Juliana trouxe que:

Eu sou uma pessoa totalmente diferente aqui e lá fora. Aqui, além de poder falar sobre Deus, – referindo-se a voz que nomeou como Deus – eu sou mais solta, falo mais, me expesso mais, digo o que tô pensando. Vocês não me reconheceriam lá fora, porque lá eu não falo nada, fico só na minha, evito conversar com as pessoas e não gosto que ninguém se aproxime. Tenho medo que as pessoas saibam que eu tô escutando vozes (Diário de campo nº 3).

Esse relato demonstra que, no grupo, Juliana não tem medo de falar sobre si e sobre as vozes. Traz esperança de que, talvez um dia, ela consiga mostrar-se por completo para as pessoas que ama sem ter medo de ser julgada e sem ter medo de ter sua autonomia tirada de si. Além disso, marcando a característica acolhedora do grupo, pude ver em diversos momentos trocas sutis de gentilezas, de ajuda, de companheirismo. Em um determinado momento que alguém chora ao contar sua história, um frequentador ao lado lhe entrega um lenço para que possa secar as lágrimas; um contato de um advogado que é compartilhado após uma pessoa relatar que precisava de ajuda na justiça; um pequeno trio que se forma para andar até a parada de ônibus e se mantém, combinando horários e se encontrando para ir juntos para o CAPS.

Uma outra dimensão que me fez refletir bastante foi a existência de um grupo de ouvitores de vozes dentro de um CAPS. Esse tipo de articulação entre o HVM e dispositivos em saúde mental não é comum, tanto pelo HVM ser uma abordagem nova que está sendo iniciada lentamente no Brasil, quanto pelos estigmas, preconceitos e heranças manicomiais que infelizmente ainda são presentes nesses espaços. Mesmo considerando tais aspectos, o fato de grupos de ouvitores de vozes não serem comuns nos CAPS me causam estranheza devido às semelhanças entre os ideais do modelo de cuidado psicossocial e os ideais pregados pelo HVM: a autonomia do sujeito, a perspectiva não patologizante, a utilização de grupos como dispositivos terapêuticos, a criação e ampliação de redes de apoio, dentre outros. Além disso, pude ver o quanto é necessário um grupo, um espaço, voltado para ouvitores de vozes uma vez que, em minha experiência de estágio, me deparei com muitos frequentadores do CAPS que escutavam vozes e estavam em sofrimento por não saber lidar com elas.

Acredito que a união dessas duas perspectivas (a abordagem psicossocial e o HVM) poderia trazer muitos benefícios para o usuário de saúde mental uma vez que ambas adotam formas de cuidado que são despatologizantes e desestigmatizantes. O HVM pode contribuir com os cuidados em saúde mental voltados aos ouvidores de vozes, servindo como parceria e reflexões para o modelo de atenção psicossocial adotado pelo CAPS. Como abordado no tópico 5.1, em que é realizada uma contextualização sócio-histórica, a experiência de grupos de ouvidores de vozes ainda é recente no Brasil e em especial no DF. Dessa forma, a criação de grupos de ouvidores de vozes em CAPS pode ser um recurso promissor de dar espaço para que ouvidores trabalhem suas vozes.

Também, pensando psicanaliticamente, me chamou atenção a capacidade fantástica do inconsciente em se manifestar criando imagens e vozes tão reais que comunicam de forma metafórica os sofrimentos do sujeito. Muitos participantes do grupo relatam que enxergam figuras claras e escutam suas vozes, além de se relacionarem com essas figuras – às vezes são amigas, às vezes inimigas, às vezes parecem pessoas “de verdade”, às vezes são a única companhia. O relato de Gabriel expressa a confusão que sente por não conseguir distinguir de imediato se as pessoas são reais ou não, ao passo que ele tem criado estratégias para conseguir identificar isso.

Eu vejo essas figuras o tempo todo e me confundo com as pessoas de verdade, às vezes quando tô andando na rua, eu esbarro de propósito pra ver se são reais mesmo, aí às vezes são, então eu me desculpo e sigo meu caminho.

(...)

Se eu pudesse, eu tocava em cada um de vocês pra ter certeza se vocês são reais ou não...

(...)

Eu sou meio surdo, não consigo entender direito o que as pessoas falam, ainda mais se ficam falando baixinho. E é incrível que quando é esse povo – referindo-se às figuras que vê e escuta – eu consigo entender direitinho, mesmo que eles estejam bem longe de mim, eu entendo. As palavras ficam muito claras (DIÁRIO DE CAMPO, nº 7).

A psicóloga Cecília também traz a história de André, um dos participantes do grupo, que a marcou. Nessa história, podemos refletir sobre o espaço que as vozes ocupam na vida do sujeito, que para alguns, como no caso de Mônica, parar de ouvir vozes é reconfortante, mas no caso de André, que considera as vozes sua única companhia, que efeito tirá-las de sua vida poderia ter?

A gente teve um caso também de André, uma pessoa que já foi no grupo, parou de frequentar, voltou a participar e agora está novamente há um tempo sem voltar. André ficou isolado muitos anos em decorrência das vozes e ele fala que a vida dele

é viver isolado. Ele fica a maior parte do tempo no quarto, interagindo com as vozes. Ele mesmo fala “interação”, ele usa essa palavra.

André vive no mundo meio que a parte e só com essa coisa que as vozes vão dizendo para ele, “agora tem que sair e fumar um cigarro”, aí ele fuma. Se ele vai para algum lugar, faz uma tentativa de ir, por exemplo, na igreja, as vozes dizem que ele não pode estar lá, que aquilo que o padre tá falando é um absurdo, aí ele tem que ir embora. Então é uma pessoa que cronificou muito a solidão, o abandono da própria vida em função de viver só com as vozes.

A gente fez uma visita domiciliar e o André se sentiu bastante acolhido por a gente ter ido, ele ficou até surpreso quando a gente foi. Na outra semana ele voltou para o grupo, pois estava um tempo sem ir e voltou. Ele participou bastante, disse que se sentiu mais animado por ter falado no grupo e por ter se sentido acolhido. Mas acabou tendo uma recaída, agora é necessário novamente fazer um movimento de uma busca ativa e tudo mais para ver se ele retorna para o grupo.

Mas é uma coisa muito interessante, porque não é um tempo que ele ficou, são 15 anos que ele vive assim, então André tem uma vida inteira de isolamento total. Uma coisa para a gente pensar: a vontade da pessoa tirar as vozes da vida dela, porque é como se ficasse um vazio, tirando as vozes fica o que? Porque ele não fala das vozes como só negativas, ele fala muito das conversas, da interação mesmo (Entrevista com Cecília, psicóloga e facilitadora do grupo).

Em minha experiência de estágio, pude conhecer André ao participar da visita domiciliar. André de fato ficou muito surpreso e até mesmo emocionado com a nossa presença, ele compartilhou que estava se sentindo importante por termos ido visitá-lo. Essa situação também me faz refletir sobre a diferença que faz o grupo de ouvintes de vozes estar vinculado ao CAPS, uma vez que o modelo de atenção psicossocial busca ações em várias esferas da vida do sujeito, como no caso de André, o recurso de uma visita domiciliar devolveu-lhe o ânimo para retornar ao grupo. Este recurso possibilita que o frequentador se vincule ao serviço e possa trabalhar a inserção social. O cuidado do CAPS não se trata de “tirar as vozes”, mas sim de ajudar André a construir outros espaços de sociabilidade para que as vozes não sejam a sua única companhia ou forma de interação.

Por fim, uma outra questão que se destacou para mim foi ver a importância e a potencialidade de um serviço substitutivo como o CAPS. Como relatei em tópicos anteriores, em minha experiência como estagiária eu escutei muitos relatos de sofrimento mobilizadores, porém, os mais difíceis de escutar foram os relatos que me descreviam os horrores de uma internação psiquiátrica. Me gerava um mal-estar, uma tristeza e indignação a forma que os frequentadores eram “tratados” nessa instituição; se tratava de uma total anulação e silenciamento do sujeito. Esses relatos fizeram com que eu me implicasse cada vez mais no serviço e entendesse, em uma dimensão muito mais palpável, o papel do CAPS na saúde pública. Confesso também, que redigir o segundo tópico do segundo capítulo desta pesquisa “Retocesso no campo da atenção psicossocial: a tentativa de desmonte da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM)” foi desafiador devido aos afetos que surgiam ao aprofundar em medidas políticas que ameaçam a integridade e a continuidade desse serviço.



Finalizo minhas reflexões apontando que quando iniciei meu estágio no CAPS, eu não imaginava que iria me apaixonar tanto pela saúde mental. Sinceramente, me emociono ao descrever meus sentimentos sobre este campo. É claro que o acervo teórico é importante e ajuda a construir uma base para a atuação em campo. No entanto, para mim, não há nada que possa traduzir em palavras a experiência que adquiri neste estágio e nesta pesquisa. Eu pude entrar em contato com diferentes frequentadores, escutá-los, conhecer suas histórias, criar vínculos, me preocupar, me emocionar e sorrir com eles.

A sensação que tive ao me deparar pela primeira vez com o sofrimento psíquico intenso era a de que eu não sabia nada. E agora, ao final do curso, parece engraçado dizer que continuo não sabendo. O conhecimento sobre outro sujeito não é imediato, não é algo que está dado. E nesse contexto de CAPS, muitos frequentadores ao chegarem no serviço, ainda estão aprendendo a ocupar esse lugar de sujeito de direitos e deveres, que tem autonomia e devem ser respeitados. Então, *não saber* foi essencial para que eu pudesse abrir um espaço de escuta para aquele frequentador que estava ali e pude ver na prática como a escuta é transformadora, como *estar com*, *fazer junto* e *deixar ser* tem efeitos surpreendentes nas trocas com os frequentadores, por vezes apaziguando lágrimas ou mesmo entendendo que expressar a raiva é o mais importante naquele momento. As dimensões éticas e a convivência defendidas por Resende (2015), foram como uma bússola para mim, fundamentais para que eu soubesse por onde me orientar no estágio, de onde surgiram as inquietações que foram transformadas em reflexões inquietantes na presente pesquisa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta monografia teve como tema a articulação das experiências de vida e sofrimento com o fenômeno das vozes, defendendo que a audição de vozes não se trata de um fenômeno externo ao indivíduo, mas que está profundamente conectado com a sua história de vida e suas vivências. A partir das análises, das vivências no cotidiano de um CAPS, da participação em um grupo de ouvidores de vozes e da articulação com a literatura, foi observado que para o sujeito traçar suas elaborações e dar sentido às vozes, é essencial que se tenha um espaço apropriado de escuta e fala associado com outras estratégias de cuidado.

No caso do espaço, este deve ser acolhedor, despatologizante e desestigmatizante, respeitando as individualidades e possibilitando que o sujeito possa compartilhar sua história de vida. O grupo de ouvidores de vozes se configura como um instrumento proposto pelo HVM para que esse espaço seja criado e desenvolvido. O grupo de ouvidores de vozes em um CAPS cria um diálogo entre os princípios defendidos pelo HVM e os princípios de um cuidado psicossocial. Se por um lado o grupo possibilita o aprendizado por novas óticas sobre o fenômeno das vozes, sua associação com o CAPS possibilita a ampliação da compreensão desse fenômeno associado ao campo da saúde mental (CORRADI-WEBSTER, SANTOS, LEÃO, 2017; GUSMÃO et al., 2018). Dessa forma, a abordagem do HVM torna-se uma importante aliada no campo da saúde mental, em que novas estratégias de cuidado e formas de entendimento desenvolvidas no grupo podem ser adotadas pelos profissionais, tornando-se um trabalho colaborativo entre profissionais da saúde e ouvidores de vozes (EGITO, SILVA, 2019). Além disso, tanto o CAPS quanto o HVM visam formas alternativas de cuidado no campo da saúde mental, como a inclusão social, o protagonismo e a autonomia do sujeito, a desestigmatizando.

No que diz respeito aos dispositivos de cuidado, tem-se o recurso narrativo, a convivência e a criação/ampliação de vínculos. O grupo de ouvidores no CAPS possibilita trocas entre os frequentadores e o compartilhamento de suas histórias, sendo a narrativa uma das formas que auxilia na elaboração das experiências e na forma de lidar com as vozes. Narrar sobre suas experiências coloca o sujeito em outros papéis sociais que não a de “pacientes psiquiátricos”, sendo também uma forma de reestruturar sua autonomia colocando-o como protagonista no processo de dar sentido às vozes. Além disso, a narrativa

possui um potencial terapêutico, uma vez que no espaço grupal, o sujeito pode dar voz às vozes sem ter que reprimir ou esconder esta experiência.

No caso da convivência, defendida por Resende (2015), são desconstruídos estigmas e cria-se uma relação de acolhimento e gentileza no grupo. É a partir da convivência em suas dimensões ética e política que se tem uma interlocução entre frequentador e profissional, em que o frequentador sente-se confortável em trazer suas demandas a outros espaços não burocratizados dentro do CAPS. Além disso, a convivência desenvolvida no grupo permite a criação e ampliação de redes de apoio. A psicanálise, ainda que não de forma exclusiva, pode ajudar na dimensão clínica, possibilitando reflexões importantes sobre a articulação - complexa, singular, multifacetada e sobredeterminada - das experiências de vida e de sofrimento na construção do fenômeno de ouvir vozes. Estas reflexões clínicas somam-se os esforços políticos e éticos necessários ao processo de despatologização.

Sendo a audição de vozes uma experiência solitária, que devido aos estigmas e preconceitos sociais, pode levar ao isolamento do sujeito, a criação/ampliação de vínculos sociais também se torna uma importante estratégia de cuidado. O ouvindo passa a ter contato com outras pessoas que entendem, na prática, o que ele está passando – mesmo que as vozes e seus conteúdos tenham significados diferentes para cada sujeito uma vez que está articulada com suas experiências de vida e sofrimento. No espaço grupal os ouvindo de vozes sentem-se acolhidos e passam a ter trocas com os demais frequentadores, criando-se também uma rede de apoio.

Por fim, é importante ressaltar que o CAPS em que a pesquisa foi realizada é um dos poucos espaços em que há o funcionamento de um grupo de ouvindo de vozes. Os grupos de ouvindo de vozes não são comuns no DF e isso se dá em decorrência de ser uma experiência recente no Brasil. Dessa forma, existem poucos estudos sobre ouvindo de vozes no Brasil, de modo que parte da literatura utilizada neste trabalho foi em inglês. É importante que tenham mais pesquisa sobre esse tema, abordando o contexto social brasileiro, uma vez que o HVM apresenta potencial de atuação no campo da saúde mental, podendo contribuir como inspiração, parceria e reflexões para o modelo de atenção psicossocial adotado no Brasil, pensando em cuidados voltados a pessoas que ouvem vozes que rompem com a lógica biomédica, podendo auxiliar tanto os ouvindo de vozes, quanto profissionais da saúde e os familiares a compreender melhor essa experiência de ouvir vozes.

## REFERÊNCIAS

ALVES, C. F. de O. et al. **Uma breve história da reforma psiquiátrica: A brief history of the psychiatric reform**. 2009. Disponível em <[https://www.researchgate.net/profile/Valdenilson-Ribas/publication/341446537\\_Uma\\_breve\\_historia\\_da\\_reforma\\_psiquiatrica/links/60d8d3a392851ca9448fd299/Uma-breve-historia-da-reforma-psiquiatrica.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Valdenilson-Ribas/publication/341446537_Uma_breve_historia_da_reforma_psiquiatrica/links/60d8d3a392851ca9448fd299/Uma-breve-historia-da-reforma-psiquiatrica.pdf)>.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Nota contra os retrocessos da CGMAD/MS frente à política brasileira de saúde mental**, de 11 de dezembro de 2017. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentosoficiais/retrocessos-saude-mental-governo-temer/32436/>.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL (ABRASME). **O cuidado em saúde mental e a contrarreforma psiquiátrica**: posicionamento crítico da Abrasme. 18 maio 2019. 2019. Posicionamento da ABRASME disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistemas-de-saude/abrasco-e-abrasme-marcampresenca-no-debate-sobre-mudancas-na-politica-de-saude-mental/39484/>

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL (ABRASME). **Sobre a revogação na política nacional de saúde mental, álcool e outras Drogas no Brasil**: Nota técnica da Abrasme. 7 de dezembro de 2020. 2020. Disponível em: [https://drive.google.com/file/d/1\\_DF-sGcc3m-\\_BiPDdQ\\_rfxYTh8CD4Az-/view](https://drive.google.com/file/d/1_DF-sGcc3m-_BiPDdQ_rfxYTh8CD4Az-/view)

BAKER, P. (2009). **A voz interior: Um guia prático para e sobre pessoas que ouvem vozes**. Tradução de Raimundo da Costa Moura. 1ª ed. Belém: UFPA/IFCHQ/PPGP/NUFEN, 2019.

BAIROS, C. A. **O trabalho do psicólogo em grupos de saúde mental no CAPS**. 2020. Disponível em <<https://unoesc.emnuvens.com.br/apeusmo/article/view/24286/14260>>.

BASTOS, L. F. **Grupo terapêutico como estratégia de cuidado na atenção básica à saúde: reflexões a partir de um CAPS AD**. 2018. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/37367/2/TCR%20Liz%20Fontenelle%20Bastos.pdf>>.

BARROS, O. C., Serpa Jr, O. D. Ouvir vozes: um estudo netnográfico de ambientes virtuais para ajuda mútua. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 27(4), 867- 888, 2017.

BENEVIDES, D. S. et al. **Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde**. 2010. Disponível em:

<<https://www.scielo.org/pdf/icse/v14n32/11.pdf>>.

BRASIL. **Ação Civil Pública n. : 0813132-12.2021.4.05.8300**, de 09/09/2022. Proposta pela Defensoria Pública da União contra a União Federal – União, que trata da suspensão da integral da eficácia da Resolução nº 3/2020 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), e a suspensão de todos os financiamentos federais destinados ao atendimento de adolescentes em comunidades terapêuticas. Disponível em:

<<https://pje.jfpe.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>>.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Lei 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 1990. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)>.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Requerimento de informação nº 103**, 20 de fevereiro de 2019. 2019<sup>a</sup>. Disponível em:

<[https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=EAD5FF371915AF1AB4DA2B6BCB331EC6.proposicoesWebExterno2?codteor=1710846&filename=RIC+103/2019](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=EAD5FF371915AF1AB4DA2B6BCB331EC6.proposicoesWebExterno2?codteor=1710846&filename=RIC+103/2019)>.

BRASIL. Conselho Nacional de Direitos Humanos. **Recomendação n. 3**, de 14 de março de 2019. Recomenda que todas as normativas incompatíveis com a estabelecida Política Nacional de Saúde Mental, que subsidiam a Nova Política Nacional de Saúde Mental, elaborada e em execução sem ser legitimamente formulada, sejam suspensas e submetidas ao debate público; e que convoque audiências públicas, com antecedência e ampla convocação, garantindo a plena e efetiva participação dos usuários da Rede de Atenção PsicossocialRAPS. 2019b. Disponível em:

<<https://www.conass.org.br/conass-informa-n-83-publicada-arecomendacao-n-3-do-cndh-que-recomenda-que-todas-as-normativas-incompativeis-com-aestabelecida-politica-nacional-de-saude-mental-que-subsidiam-a-nova/>>.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Cofen não aceita o retrocesso na saúde mental, de 30 de dezembro de 2017. 2017g. Disponível em:

<[http://www.cofen.gov.br/cofen-em-aceita-o-retrocesso-na-saude-mental\\_59609.html](http://www.cofen.gov.br/cofen-em-aceita-o-retrocesso-na-saude-mental_59609.html)>.

BRASIL. Defensoria Pública da União de 2ª Categoria no Distrito Federal /DF. **Petição do Procedimento de Assistência Jurídica nº 2017/001-08250**. Ação civil pública com pedido de tutela provisória de urgência em face da união. Documento assinado eletronicamente por Alexandre Mendes Lima de Oliveira, Defensor Público Federal / Defensor Regional de Direitos Humanos no Distrito Federal. 3 abr. 2019. 2019c. Disponível em: <[https://sei.dpu.def.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir & id = orgao\\_acesso\\_externo= 8133 & cv= 2341243 & crc=C329C6B9](https://sei.dpu.def.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id=orgao_acesso_externo=8133&cv=2341243&crc=C329C6B9)>.

BRASIL. **Lei n. 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para%20correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para%20correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs)>.

BRASIL, **Lei n. 10.216**, de 06 de abril de 2001. “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial”. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Legislação em saúde mental**. 1990-2004. Série E. Legislação de Saúde. 5. ed. ampliada. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 32**, de 14 de dezembro de 2017. Diário Oficial da União: seção 1 Brasília, DF, n. 245. P. 239. 22 dez 2017a. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu----oCIT-n---32.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 001**, Brasília, 31 de janeiro de 2018. Pleno do Conselho Nacional de Saúde, em sua Trecentésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 30 e 31 de janeiro de 2018. 2018c. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/90erapêuticas90/2018/Reco001.pdf> BRASIL>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 043**, 15 de setembro de 2017. Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 14 e 15 de setembro de 2017. 2017b Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/90erapêuticas90/2017/Reco043.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.588**, de 21 de dezembro de 2017. Altera as portarias de consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para 91 dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. 2017d. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde, 2004. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)>.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O que é a Rede de Atenção Psicossocial**. 2013. Disponível em <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca\\_raps\\_rede\\_atencao\\_psicossocial.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA GM/MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Conselho Nacional dos Direitos Humanos. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. **Nota Pública Conjunta Contra a Ampliação e o Financiamento Público de Leitos em Hospitais Psiquiátricos**, de 18 de setembro de 2017. 2017f. Disponível em: <<https://mnpctbrasil.files.wordpress.com/2019/09/notapublicaconjuntamnpct2cpfdc2ccndhhospi taispsiquitricos.pdf>>.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental**, 2020. Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica nº 11/2019**, de 4 de fevereiro de 2019.

BRASIL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Atendimento psicossocial e multiprofissional a pessoas com sofrimento mental grave, incluindo os decorrentes do uso de álcool e outras drogas – Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**, 2022. Disponível em: <<https://www.saude.df.gov.br/carta-caps#:~:text=Atualmente%2C%20s%C3%A3o%2018%20CAPS%20de,para%20localizar%20CAPS%20mais%20pr%C3%B3ximo>>

CARDANDO, M. **O movimento internacional de ouvidores de vozes: as origens de uma tenaz prática de resistência**. J. nurs. health. 2018;8(n.esp.):e188405.

CARDOSO, A. J. C. et al. Violência institucional e enfermidade mental: narrativas de egressos de um manicômio da Bahia. **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe1, p. 1105-1119, 2020.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Comentários acerca da Portaria n.º 3.588, 21 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde: alerta sobre os graves retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira em tempos sombrios. Belo Horizonte, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **A política nacional de saúde mental e outras drogas**. 2017. Disponível em:

<<https://site.cfp.org.br/politica-nacional-de-saude-mental-e-outras-drogas/>>.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **CFP manifesta repúdio à nota técnica “Nova Saúde Mental” publicada pelo Ministério da Saúde**. 2019. Disponível em:

<<https://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-repudio-a-nota-tecnica-nova-saude-mental-publicada-pel-o-ministerio-da-saude/>>.

CORRADI-WEBSTER, C. M., SANTOS, M. V., LEÃO, E. A. Construindo novos sentidos e posicionamentos em saúde mental: Grupo de ouvidores de vozes. **In: Raserá, E. F., Taverniers, K., & Vilches-Álvarez**. Chagrin Falls: Taos Institute Publications, 2017.

CORREIA, Ludmila Cerqueira; MARTINS, Laércio; REQUIÃO, Maurício. À beira do abismo e ao encontro do absurdo: considerações sociojurídicas sobre a Nota Técnica n. 11/2019 do Ministério da Saúde. *Revista Jurídica (FURB)*, v. 23, n. 50, 2019. Disponível em: <<https://proxy.furb.br/ojs/index.php/juridica/article/view/7918/4256>>.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, 2020, e00285117. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285.

DALGALARRONDO, P. **A sensopercepção e suas alterações (incluindo a representação e a imaginação)**. *In* *Semiologia e psicopatologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: ArtMed, 2018.

DELGADO, P. G. G. Violência e saúde mental: os termos do debate. **Revista O Social em Questão**, Rio de Janeiro. 2012; 15 (28): 187-98.

DELGADO, P. G. G. Reforma Psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 2, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>>.

DEMO, P. **Pesquisa e informação qualitativa: aportes metodológicos**. Campinas: Papius, ed. 3, 2006.

DEMO, P. **Saber Pensar**. São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire, Guia da escola cidadão, v. 6, 2000.

EGITO, M. A. T.; SILVA, E. A. Grupo de ouvidores de vozes no enfrentamento de estigmas e preconceitos. **Rev. NUFEN**, Belém, v. 11, n. 2, p. 60-76, ago. 2019. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-25912019000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912019000200005&lng=pt&nrm=iso)>.



ESCHER, S. **Making sense of voices: the relationship between the voices and the life history.** *In* Living with voices: 50 stories of recovery. Birmingham City University: PCCS Books, 2009.

ESCHER, S.. **Accepting voices and finding a way out.** *In* Living with voices: 50 stories of recovery. Birmingham City University: PCCS Books, 2009.

FERNANDES, H. **Escutar Vozes: Da Qualificação da Experiência ao Cuidado na Clínica em Saúde Mental.** (Tese de Mestrado), 2017.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. *In*: **Microfísica do poder.** 4º ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984. p. 79-98.

FREUD, S. **A perda da realidade na neurose e na psicose.** (1924). *In*: Freud, S. O eu e o ID, “autobiografia” e outros textos. Obras Completas. São Paulo: Companhia das Letras, 1924 V. 16. 2011. P. 214-221.

FREUD, S. **Estudos sobre a histeria.** (1893-1895). Obras Completas. V. 2. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

FREUD, S. **O Inconsciente.** (1915). *In*: Freud, S. Escritos sobre a psicologia do inconsciente. V. 2. Rio de Janeiro: Imago, 2006, p. 13-74.

GULJOR, A. et al. **Nota de avaliação crítica da nota técnica 11/2019.** Disponível em: <<http://www.crprj.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/Note-tecnica-Saude-Mental.pdf>>.

GUSMÃO, R. O. M. et al. A violência e seus imbricamentos com o campo da saúde mental: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 11, n. 3, p. 603-612, setembro/dezembro, 2018.

JORGE, M. S. B et al. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Revista Brasileira de Enfermagem.** 59 (6). p. (734 - 739), dezembro, 2006. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/reben/a/WSGRw93kD3F7MnCGqWGfr4k/?lang=pt>>.

KROEFF, R. F. S; GAVILLON, P. Q.; RAMN, L. V. **Diário de Campo e a Relação do(a) Pesquisador(a) com o Campo-Tema na Pesquisa-Intervenção.** 2020. Disponível em <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/52579/34238>>.

LEADER, D. (2013). **O que é loucura? Delírio e sanidade na vida cotidiana.** Rio de Janeiro: Zahar.

LOBOSQUE, A. M. **Experiências da loucura.** Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LOBOSQUE, A. M. **Clínica em Movimento: Por uma Sociedade sem Manicômios**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

LOBOSQUE, A. M. **Intervenções em Saúde Mental: Um percurso pela reforma psiquiátrica brasileira**. 1. Ed. São Paulo: Hucitec, 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MORÉ, C. A **“entrevista em profundidade” ou “semiestruturada” no contexto da saúde: Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação**. 2015 (Tese de Mestrado).

MUÑOZ, N. M. et al. **Pesquisa clínica em saúde mental: o ponto de vista dos usuários sobre a experiência de ouvir vozes**. 2011. Disponível em

<<https://www.scielo.br/j/epsic/a/mdCNBFf9F3LSXxdtrCfZpkh/?format=pdf&lang=pt>>.

NASCIMENTO, Y. M. A. **Ouvir vozes para além da patologia: repensando a lógica diagnóstica com a psicanálise, a esquizoanálise e o movimento de ouvidores de vozes**. Trabalho de conclusão de curso. 2020. Disponível em

<<https://rosario.ufma.br/jspui/bitstream/123456789/4620/1/YANNE-NASCIMENTO.pdf>>.

OLIVEIRA, F. G. V. C. et al. **A experiência dos diários reflexivos no processo formativo de uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. 2013. Disponível em

<<https://www.scielo.br/j/icse/a/rVFvDKySnHZWGS6xNND8NdF/?format=pdf&lang=pt>>.

PESSOA, V. M. P. **Convivendo com as vozes: a convivência como estratégia de cuidado para ouvidores de vozes**. 2019. Disponível em:

<<https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/13435>>.

POSICIONAMENTO do sistema conselhos contrário ao plano nacional de saúde mental. 2017. Disponível em:

<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/12/Posicionamento-do-Sistema-Conselhos-co-nt%C3%A1rio-ao-Plano-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Mental.pdf>

REINALDO, Amanda Márcia dos Santos; SANTOS, Raquel Lana Fernandes dos. Religião e transtornos mentais na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 162-171, 2016.

RESENDE, T. I. M. **Eis-me aqui: A convivência como dispositivo de cuidado no campo da saúde mental**. 2015. 423 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em:

[https://repositorio.unb.br/handle/10482/21117\\_96](https://repositorio.unb.br/handle/10482/21117_96)

RESENDE, T. I. M.; COSTA, I. I. **Saúde Mental: a convivência como estratégia de cuidado, dimensões ética, política e clínica**. Curitiba: Juruá, 2017.

ROBALLO, C. A. **O re(existir) dos serviços substitutivos de saúde mental: desafios da permanência do cuidado em meio ao desmonte da política nacional de saúde mental e em tempos pandêmicos**. 2021.

ROESE, A. et al. **Diário de campo: construção e utilização em pesquisas científicas**. 2006. Disponível em <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-29125>>.

ROMME, M.; ESCHER, A.D. **Hearing voices**. *Schizophr Bull*, 1989, 15, 209–216.

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

ROMME, M. **Hearing voices groups**. In *Living with voices: 50 stories of recovery*. Birmingham City University: PCCS Books, 2009.

ROMME, M. **What causes hearing voices?** In *Living with voices: 50 stories of recovery*. Birmingham City University: PCCS Books, 2009.

ROMME et al. **Living with voices: 50 stories of recovery**. Birmingham City University: PCCS Books, 2009.

SOHSTEN, P. V.; MEDEIROS, C. P. **O diagnóstico: da psiquiatria à psicanálise**. 2016. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-73952016000200008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952016000200008)>.

TENÓRIO, F. **Psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: atlas, 1987.

VALENTE, P. **A História do Movimento Internacional dos Ouvidores de Vozes**. 2022. Disponível em <<https://blog.cenatcursos.com.br/o-movimento-internacional-dos-ouvidores-de-vozes/>>.

VASCONCELOS, E. M. **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias**. São Paulo: Paulus, 2003.

VERONESE, M. V. e GUARESCHI, P. A. **Hermenêutica de profundidade na pesquisa social**. São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio de Sinos – UNISINOS, 2006. Vol. 42. n°

2. p. 85 a 93. Disponível em <  
[http://revistas.unisinos.br/index.php/ciencias\\_sociais/article/view/6019/3194](http://revistas.unisinos.br/index.php/ciencias_sociais/article/view/6019/3194)>.

WHO. World Health Organization. **Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches**. 2021. Disponível em <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>>.

WILLRICH, J. Q. et al. **A experiência do movimento de ouvidores de vozes em Brasília/DF**. J. nurs. health. 2018; 8(n.esp.):e188428.

WOODS, A. **The voice-hearer**. Journal of Mental Health, 2013, 22(3), 263-270.

ZIMERMAN, D. E. **A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade**. Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre (SPPA). 2007. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1806-24902007000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1806-24902007000100002)>.

## APÊNDICE

### **Roteiro da entrevista semiestruturada**

1. Fale sobre seu percurso de formação e atuação no campo de saúde mental.
2. Como conheceu o Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes? Como se tornou facilitador de um grupo?
3. Como tem sido sua experiência como facilitador de um grupo de ouvidores de vozes?
4. De acordo com as suas experiências, de que forma o grupo pode contribuir no cuidado aos ouvidores de vozes?
5. Quais os principais desafios de conduzir esse tipo de grupo?
6. Fale um pouco sobre o efeito do grupo nos participantes.
7. Como você compreende a articulação entre as experiências de vida e sofrimento com a audição de vozes? Pode citar algum(ns) exemplo(s)?
8. De acordo com sua experiência, quais são os estigmas que mais são citados no grupo?
9. Fale um pouco sobre de que forma os fatores culturais podem impactar no diagnóstico e na falta de acolhimento e oferta de cuidado aos ouvidores de vozes.
10. Como manejar situações de crise no grupo?

### **Roteiro da entrevista narrativa**

Entrevista adaptada de “Vasconcelos, E. M., Leme, C. C., Weingarten, R., & Novaes, P. R (2006). Reinventando a vida: narrativa de recuperação e convivência com o transtorno mental (pp. 248-248).”

1. Me conte por favor sobre como começou e como é a sua experiência com a audição de vozes.
2. Me conte um pouco sobre o que te ajudou e não te ajudou a lidar com as vozes.
3. Relate sobre o que você aprendeu em relação às vozes a partir de sua participação no grupo.