

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ**

**ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ**

**EVERLY MALTACA PYPÇAK**

**“NEM TÃO LOUCO, NEM TÃO ESPECIAL”: IMPLEMENTAÇÃO DE UM  
GRUPO DE OUVIDORES DE VOZES EM UM CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL**

**CURITIBA - PR  
2023**

**EVERLY MALTACA PYPCAK**

**“NEM TÃO LOUCO, NEM TÃO ESPECIAL”: IMPLEMENTAÇÃO DE UM  
GRUPO DE OUVIDORES DE VOZES EM UM CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública do Paraná/Secretaria de Estado da Saúde como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.  
Prof. Orientador: Altieres Edemar Frei

**CURITIBA - PR  
2023**

## FOLHA DE APROVAÇÃO

CURITIBA, 25 DE JANEIRO DE 2024.

O trabalho intitulado **“NEM TÃO LOUCO, NEM TÃO ESPECIAL”**: **IMPLEMENTAÇÃO DE UM GRUPO DE OUVIDORES DE VOZES EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL** de autoria da aluna **EVERLY MALTACA PYPÇAK** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

---

Prof. Dr. Altieres Frei  
Orientador do TCR

---

Prof. Me. Luciana Elisabete Savaris  
Avaliadora da Instituição

---

Prof. Dr. Marcio Roberto Paes  
Avaliador Externo

À Elisabete, primeira paciente e ouvidora  
que me desafiou a ouvi-los.

## AGRADECIMENTOS

Gosto de pensar que estamos no lugar onde deveríamos estar, seguindo caminhos antes desconhecidos, mas que depois de algumas curvas, subidas e descidas, começam a fazer sentido ao mesmo tempo que a paisagem se mistura com tudo que já vimos, ouvimos e sentimos, e se tornam parte de quem a gente é.

A saúde mental aconteceu na minha vida, de surpresa sem que eu planejasse e se tornou grande parte dela, se tornou um trabalho, um destino (ou seria sina?) e mexeu com o meu desejo, palavra que a gente tanto usa por essas bandas da psicologia. Me fez conhecer esse mundo gigante de possibilidades e vivências que ela representa, em outras palavras, a vida nua e crua, o contexto sócio-histórico-cultural que tanto falávamos nas aulas de saúde coletiva na época da faculdade; é a pessoa para além do paciente; a risada, o palavrão, a lágrima e o abraço durante um acolhimento que muitas vezes não cabe no cotidiano sistemático da enfermagem. É o que faz sentido aqui dentro.

Enquanto redijo esses agradecimentos, uma frase de música, que nem lembro a autoria, atravessa minha mente: “Todos os caminhos trilham pra a gente se ver. Todas as trilhas caminham pra gente se achar, viu?”. Então, agradeço aos caminhos que me trouxeram até aqui, nesse projeto, nesse trabalho, nesse novo modo de olhar e ouvir os outros. Ouvir de verdade, aquilo que é dito e o que fica subentendido, ouvir a voz de seu locutor e as vozes ali guardadas, internas ou externas. Agradeço a todos os ouvidores e suas vozes que conheci tão inesperadamente e tomaram um grande pedaço de mim, aos ouvidores do grupo que criamos: Dinho, Ester, Índia da Lua Branca, Lagartixa, Leni, Monza, Pocahontas, T., Úrsula e Zico, que fizeram as minhas quintas-feiras se tornarem mais esperadas que a própria sexta, ouvir vocês me motiva a ser melhor como profissional, mas principalmente como pessoa, obrigada!

Agradeço às mulheres da minha vida que representam força, paz, segurança e acolhimento, que estão sempre prontas para me segurar e me apoiar, minha irmã Clara e minha mãe Suzane, tenho orgulho de florescer a partir das raízes que vocês cultivam todos os dias e que me mantém de pé. De

todo o amor que eu tenho, metade foi vocês que me deram e carrego por onde quer que eu vá.

Ao meu pai, Enio, minha madrasta Janice e minha meia-irmã Luana que nunca pouparam esforços em deixar essa trajetória mais leve, com muita risada e poesia, pelos cafés e pães me esperando na mesa para matar a saudade e pelas ligações diárias com piadinhas e provocações da minha parte, mas que representam o tamanho da minha gratidão e amor.

Aos meus avós, José e Cilene, por todo o afeto e carinho em toda a caminhada. Agradeço ao Universo por ter tido o privilégio de manter a tradição de receber a benção dos dois em todos os primeiros dias escolares, acadêmicos e de trabalho que já tive, que eu ainda recorra muitas e muitas vezes ao abraço acolhedor e aos olhos marejados que dispensam qualquer palavra, mas que, mesmo assim, fazem questão de demonstrar, em voz alta, orgulho e amor.

Ao meu bem, Anderson, que apareceu nessa caminhada da vida para dividir comigo todos os momentos, sentimentos e muito amor. Obrigada por ter e me dar a coragem de nos perdermos por aí, com a certeza que enquanto andarmos juntos, não existe caminho longo demais.

Agradeço imensamente ao meu orientador Altieres pela escuta ativa, pelo olhar generoso, por todas as vezes que falou “como isso bate pra você?” e se manteve disponível e acessível, pela orientação acadêmica e de vida. Foi uma honra dividir esses espaços com você.

À família e aos amigos de agora e outrora, aos que chegaram e permaneceram e àqueles que estão aqui desde o início deixando os dias mais felizes, vocês são a recordação diária de que essa estrada vai além do que se vê.

Por fim, agradeço à essa jornada por ter me apresentado à amizades para a vida, Ingrid e Nayara, nosso encontro foi sorte grande como a gente costuma dizer, mas mais do que isso, fez todo esse processo mais leve e feliz, obrigada por serem ouvidos, colo, abraço e coração. Ao pensar na residência, fica claro que era para nos encontrarmos e que o maior ganho foi esse, o afeto.

E a todas as vozes, ouvidas e não ouvidas, internas ou externas: tem gente disposta a ouvi-las, de coração e ouvidos abertos.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2 OBJETIVO GERAL.....</b>	<b>12</b>
<b>2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>12</b>
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>13</b>
3.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA E ABORDAGEM PSICOSSOCIAL.....	13
3.2 BREVES CONTEXTUALIZAÇÕES SOBRE A HISTÓRIA DOS OUVIDORES E VOZES.....	15
3.3 GRUPO DE SUPORTE DE PARES.....	21
<b>4 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS.....</b>	<b>23</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>28</b>
5.1 VIVÊNCIAS INDIVIDUAIS E COLETIVAS COM AS VOZES.....	30
5.2 AQUILOMBAMENTO DO GRUPO.....	38
5.3 ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM AS VOZES.....	41
5.4 INTERSECCIONALIDADE COM QUESTÕES HISTÓRICO-SOCIAIS.....	45
5.5 INCOMPREENSÃO E DESPERTENCIMENTO.....	48
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>54</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>64</b>

## RESUMO

A experiência de ouvir vozes é extrassensorial, como visões e sensações corporais e, de acordo com estudos recentes, em torno de 2 a 4% da população mundial a vivenciam. É necessário pensar a audição de vozes para além do viés psiquiátrico, de estudar as características e conteúdos das vozes a fim de compreender o contexto histórico-social e criar estratégias para amparar o ouvidor em seu processo de autoconhecimento e aceitação. Objetivou-se implementar um grupo de ouvidores de vozes em um Centro de Atenção Psicossocial do município de Pinhais, a fim de ofertar um espaço de escuta qualificada, acolhimento e troca, diante da experiência de ouvir vozes. Trata-se de uma pesquisa-intervenção, qualitativa, com dados registrados em diário de campo. A análise de resultados foi realizada a partir da análise temática, na qual emergiram cinco categorias: “vivências individuais e coletivas com as vozes”, “aquilombamento do grupo”, “estratégias para lidar com as vozes”, “interseccionalidade com questões histórico-sociais” e “incompreensão e despertencimento”. Como considerações finais, notou-se que o grupo consolidou-se como um ambiente de pertencimento e de criação de vínculo, onde esses sujeitos sentiram-se acolhidos e aceitos em um espaço que possibilita a atribuição de novos sentidos para a experiência e o compartilhamento de técnicas de manejo e de histórias de vida, promovendo a identificação entre pares. A atual pesquisa contribuiu para o desenvolvimento de diálogos, sentidos e posicionamentos frente à audição de vozes, ampliando e modificando a visão tradicional em saúde mental e colaborando para uma transformação necessária e possível para o avanço da atenção psicossocial.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Grupos de Apoio; Centros de Atenção Psicossocial; Ouvidores de Vozes.

## 1 INTRODUÇÃO

Mundialmente, estima-se que existam 300 milhões de pessoas que escutam vozes, sendo somente no Brasil, 6 milhões. A experiência de ouvir vozes é extrassensorial, como visões e sensações corporais e, de acordo com estudos recentes, em torno de 2 a 4% da população mundial passam por ela. Dentro dessa porcentagem, um em cada três torna-se um paciente psiquiátrico, e os demais (66%) não necessitam de tratamento psiquiátrico (BAKER, 2016).

Por conseguinte, há em nossa sociedade mais pessoas que ouvem vozes e nunca se tornaram pacientes psiquiátricos do que aquelas que as tratam. Isso ocorre principalmente devido às relações que os ouvidores estabelecem com as suas vozes e o fato de as terem aceitado ou não. Ouvir vozes aparece como uma experiência que se estende para a população como um todo, sugerindo que a visão ocidental preponderante de que a experiência extra sensorial é sintoma de transtorno mental precisa ser reavaliada (STEFANELLO, et al., 2022).

O termo “ouvir vozes” ou “alucinação auditiva”, refere-se à escuta de vozes ou sons na ausência de um estímulo externo. Apesar da definição simplista, há uma diversidade de experiências que a permeiam, estudos de Emil Kraepelin, considerado o criador da psiquiatria moderna e da genética psiquiátrica, apresentaram os relatos de ouvidores de vozes: “vozes ressonantes”, “vozes de órgão”, “vozes de consciência”, “vozes que não falam com palavras”, “vozes abortivas”, um “sentimento interior na alma”, algo “entre ouvir e pressentir”, “murmúrios e vozes espirituais naturais”, “vozes subterrâneas do ar”, “boas vozes” e “vozes sussurrantes de toda a humanidade” (WOODS, 2014).

Com o advento da psiquiatria e considerando o modelo biomédico predominante, a experiência de ouvir vozes passou a ser socialmente estigmatizada e as pesquisas na área da saúde focaram majoritariamente nos grupos que tiveram experiências negativas, o que gerou uma marginalização e afastamento dessas pessoas. Em sua abordagem convencional, a psiquiatria concentra-se na remoção das vozes, consideradas somente como sintomas de condições mentais, como a esquizofrenia. O próprio Emil Kraepelin, citado anteriormente, descreveu os ouvidores como pacientes que sofriam do que ele chamava de “demência precoce” (STEFANELLO, et al., 2022; WOODS, 2014).

Ao conceber as vozes exclusivamente como “alucinações auditivas”, o significado da vivência do ouvidor de voz é ignorado. Ademais, existe a percepção errada de que falar sobre as vozes com o ouvidor é perigoso, pois seria considerado aceitar como válido o mundo ilusório de uma pessoa doente e os profissionais são instruídos a distraí-los das suas próprias vozes, e se necessário, fazer uso da administração de psicofármacos. Porém, estudos revelam que cerca de 30% das pessoas não respondem ao tratamento medicamentoso e continuam as ouvindo, mesmo utilizando doses elevadas da mesma (CORSTEN, et al., 1985).

Diferentes estudos explicam e justificam a experiência de ouvir vozes com traumas psicológicos, abusos, estresse, ansiedade, luto, privação sensorial, uso de drogas ilícitas ou abstinência delas, uso de medicamentos ou abstinência deles, traumas físicos que atinjam o cérebro (como quedas e acidentes), problemas neurológicos, problemas de saúde que causem confusão mental, traumas transgeracionais, transtornos mentais ou experiências espirituais e religiosas (STEFANELLO, et al., 2022).

Uma abordagem diferente busca compreender em todos os aspectos emocionais e sociais da vida, a origem e relevância do ouvir, uma vez que diversos indivíduos começam a ouvir sem necessariamente existir um processo de doença, sendo apenas um corpo que tenta desenvolver mecanismos para lidar com o estresse. Muitos ouvidores e profissionais de saúde mental buscam os diferentes significados para estas vivências, além do viés psiquiátrico, utilizando outras naturezas como a de cunho religioso que aborda essa experiência como algo espiritual. Outra vertente seria a psicológica, em que as vozes são compreendidas com respostas a traumas em idades precoces, estudiosos afirmam que 70% dos ouvidores de vozes já passaram por algum trauma, como violência física, sexual, negligência, ou qualquer outro tipo de abuso durante fases do desenvolvimento (ROMMES, et al., 2009).

Apesar disso, a experiência pode trazer sofrimento, quando as vozes são depreciativas, de comando, ameaçadoras ou acusatórias, impactando negativamente as atividades de vida diária do ouvidor. Por conseguinte, existem intervenções que buscam melhorias na vida dos que sofrem com essas vozes, dentre essas intervenções e embasados na premissa de intervenções coletivas, construídas de modo conjunto, considerando a realidade local e buscando estimular a autonomia, o exercício de cidadania, a reinserção social, o sentimento de

pertencimento e a redução do estigma, os Grupos de Ouvidores de Vozes são tecnologias leves alinhadas com o que se recomenda internacionalmente e nacionalmente como práticas psicossociais no cuidado às pessoas em sofrimento mental (CORRADI-WEBSTER; LEÃO; RUFATO, 2018).

Destacados os dados, evidencia-se a necessidade de se pensar a audição de vozes para além do viés psiquiátrico, de estudar as características e conteúdos das vozes a fim de compreender o contexto histórico-social e criar estratégias para amparar o ouvitor em seu processo de autoconhecimento e aceitação. Assim, a proposta dessa pesquisa de intervenção vem ao encontro da perspectiva antimanicomial, que atribui protagonismo ao sujeito e contribui para romper o paradigma biomédico patologizante. Espera-se então, descrever o desenvolvimento e funcionamento de um grupo de ouvitores de vozes, a fim de explorar as experiências dos participantes do grupo, elaborar conjuntamente possíveis estratégias para o enfrentamento das situações decorrentes das vozes e ofertar um espaço de acolhimento e troca de experiências para aqueles que experienciam a audição de vozes e frequentam um serviço especializado em saúde mental.

## **2 OBJETIVO GERAL**

- Implementar um grupo de ouvidores de vozes em um Centro de Atenção Psicossocial do município de Pinhais, a fim de ofertar um espaço de escuta qualificada, acolhimento e troca, diante da experiência de ouvir vozes.

### **2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Reconhecer e acolher as demandas dos pacientes ouvidores de vozes;
- Atribuir protagonismo ao sujeito e estimular a autonomia, redução do estigma e reinserção social;
- Contribuir para romper o paradigma biomédico patologizante e trazer críticas à psiquiatria hegemônica, possibilitando e fortalecendo a construção de um novo olhar para o campo da saúde mental;
- Proporcionar espaço de reflexão e troca sobre as temáticas apresentadas nos encontros do grupo;
- Propor uma intervenção coletiva, construída de modo conjunto e considerando o contexto histórico-cultural dos indivíduos;

### **3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

#### **3.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA E ABORDAGEM PSICOSSOCIAL**

Inúmeros movimentos sociais eclodiram e reivindicavam os direitos civis de grupos minoritários e estigmatizados a partir dos anos 60. Ademais, na década seguinte, o “movimento sanitário” em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde despontou, com o foco na saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

Apesar de ser contemporânea da Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica possui uma história própria, com o ponto central na superação da violência asilar. No final dos anos 70, com a crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e a eclosão dos movimentos sociais, trabalhadores de saúde mental denunciaram as violações aos indivíduos em sofrimento psíquico que encontravam-se em hospitais colônia afastados dos centros urbanos, com atividades preponderantemente voltadas ao trabalho agrícola e geralmente com condições precárias, superlotação e descumprimento dos direitos humanos elementares, incluindo torturas e maus tratos como meios de punição e correção (BRASIL, 2005).

Assim, a Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto por um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais, sociais e institucionais, com o objetivo de delinear uma política de saúde mental e substituir progressivamente os manicômios por serviços de base comunitária integrados ao seu território (ESPÍRITO SANTO, 2018).

Os usuários egressos de internações prolongadas e hospitalocêntricas geralmente têm seus vínculos familiares e sociais rompidos e, conseqüentemente, não possuem suporte para as condições básicas de vida, como moradia, direitos de cidadania e acesso aos equipamentos sociais. Desse modo, o tratamento em saúde mental passou a englobar a inclusão social, a garantia de direitos, o desenvolvimento da autonomia e da contratualidade, em substituição ao modelo de “correção do defeito” causado pela loucura (problema-solução, doença-cura) (CAMPREGHER, 2009).

Tal modelo possui foco nos fatores políticos e psicossociais, procurando ir além do tratamento medicamentoso, conferindo relevância à singularidade do sujeito e o incluindo em seu próprio tratamento, considerando o contexto sociocultural e familiar ao qual está inserido. O cuidado, portanto, passou a ser realizado em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, no território de referência de cada indivíduo, com base na clínica ampliada, através da ação territorializada (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011).

A saúde mental na nova abordagem assume o papel de conquista e reinvenção da cidadania e da autonomia do paciente com transtorno mental, implicando-se em uma luta pelo reconhecimento de direitos particulares dos usuários dos serviços e seus familiares. Apresenta-se como um momento de refazer-se por inteiro, buscando romper com as delimitações dos saberes tradicionais, promovendo uma recomposição sustentada sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, que implicam em uma mudança cultural profunda na sociedade (VASCONCELOS, 1997).

Esses usuários que precisam de um cuidado contínuo passam a ser assistidos em uma nova concepção que visa transformar as relações de poder entre instituição-cliente, transformando estes em sujeitos ativos do processo de reelaboração do sofrimento e de “reinvenção da vida”. Por conseguinte, ressalta-se a relevância de estratégias coletivas e grupais de tratamento, sociabilidade, suporte mútuo de pares e ações concretas no tecido social (CAMPREGHER, 2009).

O marco legal da reorientação do modelo de cuidado, é a Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que assegura às pessoas com transtornos mentais atendimento com humanidade e respeito, em ambiente terapêutico, pelos meios menos invasivos possíveis e, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. A internação, portanto, fica definida como medida excepcional a ser adotada apenas quando os demais recursos estiverem esgotados (BRASIL, 2001).

Dentro das Redes de Atenção à Saúde (RAS), estipuladas em 2010, instituíram-se redes de atenção temáticas, dentre elas, está a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que define os componentes e pontos de atenção que atuam para viabilizar o cuidado em saúde mental. Decretada pela Portaria Ministerial nº 3.088, de 2011, a RAPS é composta pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Acolhimento (UAs), leitos de atenção integral em Hospitais Gerais e nos CAPS III, pela Atenção Primária de Saúde, pelos equipamentos de

urgência e emergência, Serviços de Residência Terapêutica (SRT), Centros de Convivência e Cultura, entre outras estratégias de reabilitação psicossocial, que comunicam-se e formam uma rede de cuidado especializada (BRASIL, 2010; 2011).

A abordagem psicossocial, portanto, articula entre a sociedade e o que faz parte do psíquico, considerando o indivíduo em suas variadas dimensões: física, psicológica, ambiental, econômica, cultural e social. Em outros termos, compreende que a história de vida é marcada pelas relações em rede, pelo ser que afeta e é afetado pelo contexto que pertence, pelos fenômenos biopsicossociais e busca impactar em diferentes setores que influenciam no bem estar mental desse indivíduo (ALVES; FRANCISCO, 2009).

### 3.2 BREVES CONTEXTUALIZAÇÕES SOBRE A HISTÓRIA DOS OUVIDORES DE VOZES

A maneira como a sociedade de determinado período pensa e organiza seus discursos influencia diretamente na episteme em vigor que possibilita a produção de formas de entender o mundo e se relacionar aos aspectos éticos e políticos. Segundo Foucault, “a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal” (FOUCAULT, 1954, p. 71). Desse modo, a compreensão da audição de vozes enquanto experiência modificou-se de acordo com o momento histórico e social vigente (HENNING, 2008).

O fenômeno foi descrito há muitos anos, tendo sua explicação variável conforme o século e a vivência. Com base na antropologia e psicologia, estudos ressaltam que a cultura tem impacto direto na compreensão e rotulação das experiências, sendo fator determinante para o sujeito (LUHRMANN, 2017).

Até 1300 a.C., era comum o relato de pessoas que ouviam vozes orientando nas tomadas de decisões, conforme registro de diferentes obras, como na “Ilíada” de Homero, na qual estão descritos diversos diálogos entre homens e Deuses que os ajudavam nas batalhas. Na Grécia antiga, a audição de vozes era um dom de pessoas escolhidas para ouvir e passar orientações divinas, os chamados oráculos. Dentre os filósofos gregos, Sócrates foi um dos primeiros a relatar que escutava vozes, a denominando como a voz da sabedoria, um guia externo, além de seus próprios pensamentos. Outro grego que também falou sobre a experiência foi Aristóteles que ao teorizar sobre o termo ilusão, afirmou que experiências de visões

e audição de vozes poderiam acontecer com qualquer ser humano. Também foram registradas experiências entre os egípcios, romanos e babilônios, em que sacerdotes utilizavam-nas como guias espirituais (BAKER, 2009).

Nas tradições cristã e hebraica, relacionou-se ao sentido religioso e foram escritas diversas passagens sobre a comunicação humana com Deus, de variadas formas: vozes, sinais, visões e mensagens de anjos. Ainda, discutia-se que a divindade não era algo corpóreo e a aproximação a ela se daria conforme seu nível de mediunidade. Na Antiguidade, portanto, a audição de vozes não significava sinal de doença ou loucura, justamente pelo contrário, em algumas crenças estava relacionada a uma capacidade de comunicar-se com o divino (ONG, 2000).

Com a expansão do cristianismo, durante a Idade Média, diversos líderes religiosos relataram a audição de vozes, como Martinho Lutero, Teresa de Ávila, Francisco de Assis, Joana d'Arc, Santo Agostinho e São Tomás de Aquino e esta ganhou maior visibilidade no século XI, quando a Europa foi assolada pela crença no fim do mundo. No século seguinte, com as Cruzadas, muitos indivíduos lançaram-se em territórios incitados por vozes e visões sobrenaturais, entre elas a de Deus, pregando guerra aos infiéis. Persistindo relatos de audição de vozes nos períodos subsequentes (SMITH, 2008).

No século XIII, a concepção das vozes passou a modificar-se, sendo instituída a diferença entre percepções falsas e normais, e compreendidas como fenômenos naturais provocados pelo demônio ou por Deus. A partir dessa distinção, a Igreja Católica passou a interpretar alguns fenômenos como feitiçaria/bruxaria. Isso porque, avaliava a pertinência da visão religiosa segundo seu conteúdo e fonte, ou seja, se ela era oriunda de reinos celestiais ou infernais (PESSOTI, 1994).

Dessa forma, com a corrente escolástica dominante nas universidades medievais, a Igreja Católica reivindicou o direito de julgar ouvidores de vozes conforme quatro categorias: possessão, bruxaria, heresia e canonização e para esses indivíduos havia duas possibilidades: condenação ou salvação. Diversas pessoas foram condenadas e aqueles discordantes do cristianismo foram considerados loucos, endemoniados, perseguidos e condenados. Joana d'Arc anteriormente citada, foi uma das pessoas que passou por esse processo. Outro destaque desse período foi Teresa de Ávila, atualmente canonizada como Santa Teresa, que escreveu em sua obra que Deus se comunicaria através de uma voz, que poderia vir de dentro (da alma) ou ser tão exterior como uma voz real. A

estratégia dela (que era ouvidora de vozes e vivenciava outros fenômenos “místicos”) teve como intuito proteger as freiras que sofriam com experiências sobrenaturais da Inquisição. Teresa contribuiu para retirar o protagonismo do tribunal inquisitório nos julgamentos, ao lado de outras autoridades que reivindicavam o seu desmantelamento e foi nomeado outro personagem para julgar esses casos específicos, o médico. Desse modo, a ciência foi trazida para o centro de debate dessas experiências, deixando a Igreja em segundo plano. A partir desse momento, a audição de vozes, até então avaliada como uma questão política, teológica e religiosa, recebeu um novo caráter, o patológico (FERNANDES; ZANELLO, 2018).

A Modernidade foi marcada pela mudança no pensamento medieval europeu, em consequência da Reforma Protestante, do Movimento Iluminista e da Revolução Francesa. Com a ciência emergente, os métodos de averiguação da realidade modificaram-se e aproximaram-se do racionalismo idealista. Assim, o movimento de Teresa de Ávila também trouxe efeitos negativos, pois originou o termo “doenças da alma” e estas passaram a ser relacionadas com o corpo, o que levou ao aumento da demanda por médicos para o tratamento, que passaram a descrevê-las, diagnosticá-las e medicá-las. Semanticamente, termos como “satânico, divino, místico” foram substituídos por conceitos científicos como “doente, enfermo, erro” (CALLONI, 2006).

No século XVIII, as alucinações começaram a ser explicadas de outras formas, como uma comorbidade orgânica ou insanidade, originando os tratamentos asilares para tais “doentes”. Com isso, o número de pacientes cresceu e foi possível ao médico traçar um panorama da insanidade (SMITH, 2008).

Esse novo sistema, consolidou as práticas manicomiais no século XIX, quando a psiquiatria surgiu como especialidade e tornou-se responsável pelos doentes mentais. No primeiro curso de medicina mental, em 1817, surgiu o termo alucinação, que designava a pessoa que é enganada e possui uma convicção profunda da percepção de uma sensação, quando nenhum objeto externo, adequado para excitar essa sensação, impressiona os sentidos (PAIM, 1993).

Desde então, a escola francesa tornou-se referência em pesquisas sobre a temática. Nas décadas de 1820 e 1830, pesquisadores franceses determinaram que as experiências eram de ordem da loucura. As discussões e debates aumentaram e questões como o caráter de normalidade, a relação entre imagem, alucinação e

sensação, a similaridade entre sonhos, transe e alucinações, ou se as experiências tinham origem psicológica tornaram-se pautas (FERNANDES; ZANELLO, 2018).

A partir da segunda metade do século XIX, outros teóricos de diferentes países destacaram-se com pesquisas baseadas na neurofisiologia. Apesar desse enfoque, houveram estudos experimentais relacionando telepatia, alucinações e amostras consideradas normais da população, as associando à bruxaria, magia, hipnose, religião e também à medicina. Dentre estes, Castro afirmou que os conteúdos das alucinações tinham relação com fatores étnicos, sociais e individuais, e que as imagens imprimiam às alucinações peculiaridades de uma época, de uma profissão ou uma etnia, emprestando-lhes elementos originais. Como é o caso da diferença de gênero também problematizada pelo autor, que relacionou as alucinações das mulheres chamadas históricas na época com a posição social e a educação que receberam, inclusive a religiosa (ALMEIDA, 2008; CASTRO, 1889).

Apesar desses estudos, ao final do século XIX, a escola alemã passou a ser a referência internacional no campo da audição de vozes, decorrente da criação do manual de psiquiatria de Kraepelin, no qual as vozes foram determinadas como sintomas característicos e prelúdios da *dementia praecox*, isto é, demência precoce (LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007).

Na Era Moderna, houveram sucessores fundamentais para concretizar a patologização das experiências: Eugen Bleuler e Kurt Schneider, sendo aquele o criador do termo esquizofrenia no lugar de demência precoce, para que abrangesse ainda mais pacientes e pela palavra carregar a ideia de “divisão de diferentes funções psíquicas”. E Schneider, em 1948, que publicou “Psicopatologia clínica”, no qual estabeleceu o conceito de sintomas esquizofrênicos de primeira ordem, considerando as alucinações auditivas com valor diagnóstico para a admissão de esquizofrenia, estabelecendo contornos específicos para um quadro clínico e reduzindo as demais explicações para a audição de vozes, a reforçando como sintoma de doença e contribuindo para o estigma da loucura (ELKIS, 2000).

Portanto, a psiquiatria tradicional remodelou o que é normal e o que é patológico na sociedade atual, por conseguinte, o que anteriormente era compreendido pelo viés filosófico, religioso e de investigações científicas, começou a ser filtrado pelos manuais diagnósticos (WHITAKER, 2017).

No Brasil, a reforma psiquiátrica contribuiu para que as discussões em torno da experiência de ouvir vozes tomassem outros caminhos, pois propõe uma visão

humanizada do tratamento em saúde mental, rompendo com o modelo manicomial (COUTO; KANTORSKI, 2020). Apesar de todo o desenvolvimento das últimas décadas, ainda persistem dificuldades para uma verdadeira consolidação da Rede de Atenção Psicossocial. Existe, portanto, a necessidade de criação de estratégias que estejam embasadas na prática do *recovery*, conceito relacionado à recuperação da esperança e melhora na qualidade de vida de pessoas que sofrem de transtorno mental, ultrapassando as noções de cura e remissão de sintomas e priorizando a participação social do indivíduo na comunidade, não obstante à doença (BACCARI et al., 2015).

O movimento *Recovery*, portanto, teve início no final dos anos 70 nos Estados Unidos e tem como objetivo retirar o foco do diagnóstico psiquiátrico, ressaltando que mesmo as pessoas com transtorno mental severo podem ter uma vida satisfatória e produtiva. A essência do movimento está na criação de oportunidades, nas experiências de vida das pessoas, na participação efetiva na comunidade, na contratualidade e no trilhar caminhos que sejam significativos (JORGENSEN, et al., 2020).

Atualmente, diferentes estudos investigam as características e conteúdos das vozes e buscam olhar para além do paradigma biomédico patologizante. Essa nova perspectiva de cuidado possibilitou questionar a própria concepção do papel da medicação na vida dos sujeitos, propondo que esta fosse apenas uma das possíveis formas de tratamento e não a única. Despatologizar o fenômeno é uma forma de atuar conforme o preconizado pelo modelo de atenção psicossocial, pertinente à luta antimanicomial (BAKER, 2009).

Em razão da lógica biomédica ser apenas uma possibilidade de compreensão das experiências extra sensoriais e, em muitos casos, mostrar-se insuficiente para o cuidado, indo de encontro a perspectiva psicossocial, o Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes teve sua origem na Holanda por volta de 1987, quando a paciente Patsy Hage que consultava-se com o psiquiatra Marius Romme, devido ao seu diagnóstico de esquizofrenia e audição de vozes, não demonstrava progresso com o uso de psicofármacos e apresentava ideação suicida para pôr fim ao sofrimento que as vozes causavam (COUTO; KANTORSKI, 2018).

Então, após Patsy ler sobre abordagens diferentes e questionar o psiquiatra, ambos passaram a buscar uma nova forma de entender e lidar com as vozes, que

não considerasse essa experiência como algo patológico e possibilitasse a ela ter mais autonomia em relação ao fenômeno. Assim, procuraram outras pessoas que passavam pelas mesmas experiências e propuseram os primeiros grupos de Ouvidores de Vozes, cuja característica de ajuda mútua proporciona um espaço seguro, onde é possível compartilhar experiências e juntos estabelecer formas de conviver melhor com as vozes, uma vez que os ouvintes devem ter autonomia para decidir seu próprio tratamento (RUFATO, L. S., et al, 2021).

A partir dos estudos, elencaram-se três fases para o processo de lidar com as vozes: a surpreendente que se inicia com a voz aparecendo subitamente e assusta o ouvidor; seguida da fase de organização, um processo de comunicação e seleção com as vozes; e a de estabilização, em que a pessoa consegue desenvolver formas de lidar e conviver com as mesmas. Essa mudança na compreensão ajuda a ter uma visão mais realista, pois nem sempre será possível eliminar a experiência com os tratamentos farmacológicos existentes e pontua que a visão patológica mostra-se ineficaz no entendimento do que está ocorrendo. Além da limitação no tratamento, os medicamentos frequentemente trazem consigo efeitos adversos que prejudicam biologicamente e também na autopercepção dos ouvidores, outra razão que demonstra a relevância de se ampliar as possibilidades do cuidado (COUTO; KANTORSKI, 2020).

Por conseguinte, iniciaram-se a realização de grupos terapêuticos na Holanda que ampliaram-se e ganharam espaço na Inglaterra, e em 1988, criou-se a primeira “Rede de Audição de vozes”, que se expandiu internacionalmente e são coordenadas desde 1997, pela Rede Internacional para Treinamento, Educação e Pesquisa em Audição de Vozes (INTERVOICE) que reforça que as vozes são manifestações normais da existência humana e devem ser interpretadas e compreendidas a partir de relatos de ouvidores de vozes e seus contextos de vida (BAKER, 2016).

O Movimento consiste, dentre outras estratégias, explorar elementos que fazem parte de aspectos fenomenológicos das vozes: identidade, características, conteúdo, história e gatilhos que as despertam e em seguida, o ouvidor é incentivado a ter autonomia e ser protagonista de seu processo de recuperação, construindo redes de suporte, trabalhando suas emoções e passando para uma posição ativa de enfrentamento (FERNANDES; ZANELLO, 2018).

### 3.3 GRUPO DE SUPORTE DE PARES

Os grupos de ouvidores de vozes são o dispositivo central nessa nova abordagem, pois possibilitam a exploração dos aspectos fenomenológicos e proporcionam um ambiente seguro de troca de experiências sobre o sofrimento ocasionado pelas vozes. Dispõem de valores fundamentais como a esperança, confiança, aceitação e entendimento que estabelecem as experiências extra sensoriais (vozes, visões e fenômenos relacionados) como significativas, defendendo que o cuidado oferecido deve ser baseado no respeito e empatia com a aceitação das vozes na vida de quem as ouve, estabelecendo que estas não são necessariamente patológicas, mas que a dificuldade na lida pode causar grande sofrimento emocional e psicológico (RUFATO, et al., 2021).

A mudança na abordagem pode acontecer em nível grupal, comunitário e social através da estratégia de suporte de pares, para então impactar singularmente aquele que ouve as vozes. Os grupos envolvem apoio social e pertencimento e oferecem a oportunidade de aceitação das experiências de uma maneira que ajude a recuperar autonomia sobre suas vidas, a partir do compartilhamento de estratégias que auxiliem nessa lida. Além disso, é muito importante trabalhar de maneira intersetorial com a saúde, educação, assistência social, cultura, dentre outros serviços, em uma rede de atenção (CORRADI-WEBSTER; LEÃO; RUFATO, 2018).

No suporte de pares, portanto, são estabelecidas relações não hierárquicas em que as experiências, responsabilidades e estratégias são compartilhadas. Diversas formas de suporte de pares podem emergir dos contextos dos serviços de saúde mental, entre eles o CAPS, de modo a complementar a promoção e educação em saúde, e a desestigmatização das experiências. Tal prática, especificamente entre ouvidores de vozes, contribui no combate aos estereótipos culturais sobre o fenômeno e pode melhorar a qualidade de vida dos sujeitos, buscando tirá-los do isolamento social e sofrimento (STRATFORD, et al., 2017, MAHLKE, et al., 2014).

Consequente, os participantes podem sentir-se mais seguros e amparados, tendo liberdade para construir e reconstruir narrativas plenas de sentido para suas vidas, considerando a análise dos significados simbólicos das vozes. Ademais, o grupo pode ajudar no reparo dos gatilhos, padrões e explicações que a pessoa

pode não perceber ou ser capaz de formular por conta própria (RUFATO, et al., 2021).

O diferencial do grupo de suporte de pares é que este não possui um formato estruturado, tampouco exige necessariamente um profissional da área da saúde para coordená-lo. Aliás, por tratar-se de um grupo baseado na horizontalidade, não existe a figura do coordenador, tendo apenas um facilitador que tem como postura a disposição para a escuta e a sensibilidade para mediar crises que porventura aconteçam durante os encontros. Dessa forma, quem sistematiza e toma as decisões sobre o grupo são seus próprios participantes, democraticamente. Mais uma vez, a lógica biomédica e hierárquica dos tratamentos tradicionais é evitada, focando na realidade da experiência subjetiva das pessoas como ponto basilar em todas as formas de ação e cuidado (RUFATO, et al., 2021).

## 4 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, a qual permite que um fenômeno seja analisado e compreendido a partir do contexto em que está inserido. Dessa forma, a pesquisadora se desloca até o local da pesquisa a fim de capturar a temática através da perspectiva dos indivíduos envolvidos, considerando-se a visão de todos os componentes do fenômenos de forma integral (GODOY, 1995).

Por conseguinte, o método utilizado no atual estudo é a pesquisa-intervenção, em que a relação entre pesquisadora, participantes e fenômeno estudado transforma-se no ponto primordial da produção de conhecimento, uma vez que norteia os caminhos da pesquisa como um todo. Nessa modalidade, a mudança imediata não está prevista, pois ocorrerá progressivamente de uma alteração tanto na relação entre teoria e prática, quanto entre sujeito e objeto. Sua função é refletir e questionar os sentidos já consolidados nas instituições, através de estratégias coletivas que ampliem as condições de um trabalho compartilhado, por seu caráter crítico, na busca de mudanças específicas, supondo uma intervenção participativa na realidade (ROCHA; AGUIAR, 2003).

Assim, as principais características da pesquisa-intervenção são o elo entre a teoria e a questão social, a construção conjunta do sujeito e do objeto e a relação pesquisador/objeto pesquisado, em que a dinamicidade determina os caminhos da pesquisa, sendo esta, produção do grupo envolvido, com base na transformação coletiva e no contexto sócio-histórico político (ROCHA; AGUIAR, 2003).

Sublinhados os dados, esta pesquisa-intervenção foi realizada com usuários em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Regional II<sup>1</sup> do município de Pinhais-PR. Os critérios de inclusão foram: usuários em tratamento no CAPS que relatem experienciar as vozes; que aceitem participar do grupo de ajuda mútuo e

---

<sup>1</sup> Durante a aplicação da atual pesquisa-intervenção, o município de Pinhais-PR estava passando por uma alteração no formato dos CAPS presentes no território, isto é, anteriormente à mudança, existiam o CAPS II para pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental grave/persistente e o CAPS ad, responsável pelos transtornos decorrentes do uso/abuso e dependência de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e suas comorbidades. Seguindo o modelo da capital paranaense, Pinhais aderiu para CAPS divididos entre os territórios, sendo o CAPS Regional II, no qual foi realizada a implementação do Grupo de Ouvidores de Vozes, o antigo CAPS ad. Tal reformulação é uma experiência inédita nacionalmente, sendo implementada apenas no Paraná e colocando as duas clínicas para serem assistidas no mesmo equipamento de saúde, as repercussões desse modo de assistência ainda são desconhecidas, sendo necessários outros estudos acerca da temática.

tenham disponibilidade nos horários e dias definidos; e/ou selecionados pelos Técnicos de Referência do CAPS a partir dos critérios aqui descritos.

Já os critérios de exclusão foram: usuários que não estejam inseridos em tratamento no CAPS no momento da realização da pesquisa; que não comparecem com frequência nos atendimentos determinados no Projeto Terapêutico Singular; usuários que estão indisponíveis para participação do grupo nos horários e dias definidos; e usuários que após a discussão em equipe, apresentassem singularidades no seu momento de tratamento que a participação no espaço grupal pudesse gerar sofrimento para o mesmo.

Por conseguinte, foi proposto o desenvolvimento e criação conjunta de um grupo de suporte de pares. O foco dessa estratégia é a criação de oportunidades, a troca de experiências pessoais, fortalecimento da autonomia e participação comunitária, a partir do suporte gerado por aqueles que vivenciaram sofrimento psíquico comum ao grupo e que alcançaram algum nível de mudança da própria condição e compartilham as estratégias desenvolvidas para tanto. De acordo com Schmutte, et al. (2020) no suporte de pares os participantes trazem suas experiências para facilitar e orientar o caminho de recuperação do seu par, trazendo significado e gratidão para suas vidas e contribuindo para a comunidade em que estão inseridos, promovendo a reinserção e inclusão social. A premissa é instruí-los para se tornarem agentes principais do processo de mudança, incentivando a tomada de decisão sobre a própria vida.

Na atual pesquisa-intervenção, o primeiro passo foi divulgar por meio de panfletos e cartazes nos espaços sociais que esses usuários frequentavam, o contato dos pesquisadores (e-mail) e os dias e horários que estariam disponíveis para explicar os procedimentos de coleta. Aos participantes que se interessaram e estavam dentro dos critérios de elegibilidade, realizou-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sanaram-se as possíveis dúvidas, e por fim, foi assinado o termo em duas cópias (ANEXO 2). Após aceite do convite e assinatura do TCLE, foi apresentado às/aos usuários uma proposta de primeiro encontro com data e horário definidos através da disponibilidade do serviço e dos profissionais envolvidos.

O desenvolvimento da pesquisa-intervenção ocorreu do dia 21/09/2023 ao dia 14/12/2023, totalizando dez encontros. Um dia antes do início dos encontros grupais, foram realizadas ligações telefônicas e/ou contato via WhatsApp aos

usuários. Os dez encontros ocorreram, majoritariamente, semanalmente e nas quintas-feiras às 14 horas no CAPS Regional II, com exceção dos dias em que o serviço estava fechado em decorrência de feriados ou evento externo.

Caracterizou-se como grupo aberto, possibilitando a expressão livre da demanda dos participantes em conjunto com atividades disparadoras propostas pela pesquisadora, quando acatadas pelo grupo unanimemente. No primeiro encontro, participaram três usuários, enquanto no segundo, dobraram as participações, com seis usuários. Do terceiro encontro participaram quatro integrantes e do quarto encontro, cinco. O sexto encontro contou com oito participantes e o sétimo, com cinco usuários. No oitavo encontro nove usuários estavam presentes e no nono encontro, seis participantes. Por fim, o décimo e último encontro contou com 5 usuários.

No primeiro encontro, foi realizada a apresentação dos usuários presentes e a discussão dos combinados do grupo, como sigilo e respeito ao que fora compartilhado. Nos encontros seguintes, além da escuta em um espaço seguro para exposição das dificuldades diante da audição de vozes, foram realizadas ações conjuntas referentes às demandas expostas, a partir da troca de experiências e estratégias possíveis para cada uma das problemáticas apresentadas, sendo revisitadas as necessidades do grupo, das expectativas e necessidades individuais e coletivas, com espaço para compartilharem o que foi possível avançar durante os encontros e o que ainda poderia ser melhor desenvolvido.

Realizou-se um diário de campo, com anotações que incluem o cenário, cronologia dos eventos, características gerais dos participantes, a percepção da pesquisadora sobre as expressões de emoção, sutilezas, descrição dos comportamentos e interações e suas evoluções, a fim de acompanhar o fenômeno e, de acordo com autores, à medida em que o pesquisador vai ganhando experiência no campo de pesquisa começa a distinguir questões mais relevantes e concentrar-se nelas (OLIVEIRA, 2014; KASTRUP, 2012; ANGROSINO, 2009).

Tais instrumentos associados à pesquisa-intervenção têm como função o registro de informações, com foco na relação entre pesquisadora e campo de pesquisa, em uma abordagem que compreende uma atuação implicativa. O diário de campo é organizado metodicamente em relação às informações que se deseja obter, permitindo visibilizar aspectos da intervenção desenvolvida a partir da descrição dos procedimentos, do desenvolvimento das atividades, além de

alterações ao longo do percurso da pesquisa, sequencialmente para posterior análise dos resultados. Assim, o diário de campo também se constitui como ferramenta de intervenção ao provocar reflexões acerca do planejamento, desenvolvimento e trajetória do objeto de estudo, no caso da atual pesquisa, o grupo de suporte de pares (KROEFF, et al., 2020; ROCHA; AGUIAR, 2003).

Ainda, foram utilizados codinomes a fim de garantir o anonimato dos sujeitos, visto que esta pesquisa compreende como risco para seus participantes a possibilidade de rompimento do sigilo assegurado através do TCLE. Essa violação pode ocorrer caso alguma informação seja comentada fora do espaço do grupo e com pessoas que não participam deste. Para garantir que o sigilo se mantenha assegurado, além do combinado realizado no início de todos os encontros, o grupo aconteceu em sala específica para tal em ambiente interno do CAPS de porta fechada. Vale ressaltar que os codinomes foram escolhidos pelos próprios integrantes de acordo com seus gostos próprios e sua determinação fez parte do último encontro do grupo.

Isto posto, o diário de campo da pesquisa atual foi constituído pela data do encontro, número de participantes e seus codinomes, tema e objetivo do encontro, descrição das atividades e do encontro em si, interpretação dos resultados, o impacto da experiência para os mesmos, observações da pesquisadora e temas a serem pesquisados na análise dos resultados.

Dessa forma, a análise de dados ocorreu por meio da técnica de análise temática, proposta por Clarke e Braun (2013), em que a análise é conduzida por fases: na primeira foi realizada a leitura e fundamentação teórica para obtenção de uma visão geral dos dados e identificação de pontos de interesse do tema; posteriormente foram elaborados os códigos, ou seja, identificados os discursos relevantes ao objetivo do estudo e elaborados os primeiros códigos de análise; na terceira fase, os diferentes códigos foram agrupados por similaridade e classificados. Então, os temas foram construídos provisoriamente por meio da organização desses códigos elaborados na fase anterior. Na quarta fase de análise, os temas foram revisados, definidos e nomeados.

Em suma, após a finalização do grupo e das descrições em diário de campo, foram definidas as categorias da análise de resultados por meio da análise temática: “Vivências individuais e coletivas com as vozes”, “Aquilombamento do grupo”,

“Estratégias para lidar com as vozes”, “interseccionalidade com questões histórico-sociais” e “Incompreensão e despertencimento”.

Após a finalização da pesquisa-intervenção realizou-se uma devolutiva do desenvolvimento do grupo para a equipe de saúde mental do CAPS em questão, em data acordada por todos/as. Nesse momento, acordou-se a continuidade do grupo pela médica que trabalha na clínica geral do equipamento de saúde, a qual participou de um dos encontros realizados pela pesquisadora e pretende continuar sua execução semanalmente.

Em virtude de tratar-se de pesquisa com seres humanos, este projeto foi submetido para apreciação do Comitê de Ética, com aprovação sob parecer n. 6.286.790 (ANEXO 1). Os procedimentos utilizados obedeceram os Critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Grupo de Ouvidores de Vozes do CAPS Regional II, foi um projeto “piloto” de implementação dessa modalidade de atendimento grupal a partir da demanda específica dos usuários e da mudança recente de um CAPS ad para o modelo territorial, no qual as duas clínicas (transtorno mental e uso de álcool e outras drogas) são assistidos.

Todos os integrantes do grupo, que procuraram a pesquisadora no dia disponibilizado e demonstraram interesse em participar, fizeram parte de sua construção, tanto na sua formulação quanto no processo de sua execução. O perfil dos participantes está descrito no Quadro 1.

**Quadro 1 - Características dos Participantes**

	Codiname	Idade	Gênero	Participação no grupo
1	Zico	56	M	9 encontros
2	Úrsula	52	F	7 encontros
3	Leni	58	F	6 encontros
4	Monza	41	M	7 encontros
5	Lagartixa	45	M	4 encontros
6	Ester	57	F	3 encontros
7	T.	29	F	2 encontros
8	Dinho	37	M	8 encontros
9	Índia da lua branca	51	F	7 encontros
10	Pocahontas	52	F	7 encontros

Fonte: A autora (2023).

No primeiro encontro, foram estabelecidos combinados para o funcionamento do grupo que, durante o seu decorrer, não modificaram e se mantiveram embasados no sigilo, respeito e coletividade.

Conforme citado, os combinados foram compostos pelo sigilo, isto é, tudo o que fosse conversado no grupo não seria repassado para outras pessoas que ali

não estivessem, sendo a única exceção, situações de risco para o usuário que seriam repassadas para o técnico de referência (TR). O respeito à fala, às crenças e ao período de explicar de cada um, buscando não interromper enquanto o outro se expressa, assim como não deslegitimar ou impor visões próprias, reforçando a importância da aceitação dos diferentes sentidos para as vozes e de cada ouvidor se apropriar de sua própria experiência. Por fim, a coletividade, na qual todas as decisões relativas ao grupo foram realizadas em conjunto, considerando que o mesmo pertence a todos os integrantes de maneira igualitária e horizontal.

Dessa forma, deve ser construído para ser um local confortável e seguro para estes, e por serem especialistas por experiência, suas sugestões e opiniões são essenciais para que o grupo e seus diferentes aspectos façam sentido para os mesmos. A pesquisadora tinha o papel de mediar as conversas, auxiliando na organização de tempo, deixando as falas rodarem; também relembra algo já dito, ou então retomava exemplos dos próprios membros do grupo e, quando necessário ou solicitado, trazia dados de seus estudos referentes à temática.

Outro combinado estabelecido foi o de assiduidade, em outras palavras, procurar não faltar, para que se crie uma identidade e intimidade grupal. Os participantes concordaram com os combinados pré-estabelecidos e Monza propôs outro item, conforme fala abaixo:

Posso propor uma opinião? Queria que fosse um processo gradual, ir aos poucos, falar um pouco e ir aumentando, pra no final não fazer um bum no processo [ao ser incentivado a elaborar mais o pedido, resumiu] Deixar os assuntos mais difíceis por último que aí já temos uma intimidade maior pra lidar (Monza, encontro 1)

A proposta foi acatada por todos os participantes e inserida entre os combinados. Também foi discutida a possibilidade de outros usuários entrarem no grupo com o passar das semanas e mostraram-se favoráveis.

Os combinados facilitam a comunicação entre o grupo e, ao mesmo tempo, possibilitam que os membros se sintam à vontade para expor suas ideias. Portanto, no início de cada encontro do grupo, os usuários repetiam e negociavam o contrato grupal. Um dos membros era incentivado a recapitular os combinados para os

demais e foi aberto espaço para novas propostas, porém, nos demais encontros, mantiveram-se os mesmos acordos iniciais.

No que diz respeito às atividades propostas pela pesquisadora, no segundo encontro, foi apresentado um poema escrito por uma ouvidora de voz do nordeste brasileiro, com sua autorização, para promover a identificação entre pares, sendo acolhido e discutido os sentimentos trazidos pela escrita, no encontro seguinte, a participante Úrsula, apresentou para os demais integrantes um trecho escrito por ela mesma: “Vozes nada mais são escutar a voz do coração, que sussurram em nossa mente. Às vezes para o bem como para o mal”.

Outra atividade proposta no quarto encontro, foi a de produção da própria paisagem sonora, na qual foi entregue uma folha com o contorno de um corpo humano e após cinco minutos em silêncio, foram incentivados a escrever ou desenhar o que sentiam como sons externos e os sons internos, em seus respectivos locais do desenho. Objetivou-se mover a atenção para o território vivo e seus sons, para além das vozes e ruídos internos aos quais estão habituados. a experiência trouxe diferentes reflexões sobre as condições de escuta.

Mais um exemplo de atividade diferente ocorreu no encontro cinco, quando propôs-se a dinâmica de Terapia Comunitária Integrativa (TCI), na qual os integrantes deveriam colocar uma questão/problema em uma urna sem se identificar, em seguida cada bilhete foi lido e discutido coletivamente como lidar com a demanda descrita, a ideia foi de promover acolhimento e identificação entre os participantes, para que se sentissem acolhidos e em um local seguro para trazerem suas demandas e discutirem juntos maneiras de lidar com os problemas.

## 5.1 VIVÊNCIAS INDIVIDUAIS E COLETIVAS COM AS VOZES

*“Nossos ouvidos como envolvidos numa teia sonora, produzindo afetos, intensidades, sensações e potências que independem da vontade ou intenção do sujeito que escuta. É nesse terreno que pretendemos pensar qual a condição da escuta” (OBICI, G., 2006, p.9).*

A primeira categoria de análise de conteúdo deste trabalho, aborda as vivências individuais e coletivas com as vozes. Esta característica se fez presente

em todos os encontros dos atendimentos grupais, percebidos através de relatos espontâneos dos participantes e a identificação entre pares.

Dentre outros aspectos, foram discutidas as origens das vozes, quantas vozes a pessoa escuta, quais suas características e se possuem conteúdo positivo ou negativo. O trecho a seguir ilustra a exploração das vozes entre os participantes quanto ao tempo que convive com o fenômeno, a quantidade e altura:

Eu ouço sete vozes diferentes. Fiquei um tempinho sem ouvir e agora ficam falando pra eu morrer e muda o tipo de voz a cada vez (Dinho, encontro 1).

Eu comecei a ouvir muito tempo atrás, e parei há alguns meses com o remédio, mas lembro como me incomodavam (Zico, encontro 1).

Não dá impressão que os outros escutam? Fico com medo (Dinho, encontro 1).

Dá sim! (Zico, encontro 1).

Eu não, acho que ninguém escuta, porque ninguém falava nada quando me chamavam de vagabundo. Já morri de medo, já tive AVC por causa das vozes, agora confronto (Monza, encontro 1).

As minhas nunca pararam, já escuto há 17 anos. Escuto vozes de perigo, elas me avisam. Escuto até de animais, eles latem (Monza, encontro 2).

Escuto desde os meus 16 anos, hoje tenho 29 e tô acostumada, não me incomoda (T., encontro 2).

Escuto vozes humanas e vozes de animais. De cachorro geralmente é o rosnado, sabe? Rosnado para atacar? Isso me incomoda (Úrsula, encontro 2).

Eu escuto vozes desde a minha infância, algumas épocas são mais difíceis, outras menos. As vozes me chamavam, ia olhar na porta, ia na janela, mandava as crianças irem olhar, nunca tinha nada. (Estér, encontro 2).

Escuto e nem sei há quanto tempo, mas eu não ligo, não me causa nada. Não tenho medo, as pessoas percebem e se incomodam. As vozes já me mandaram me cortar, quando eu tô depressiva acabo fazendo. Já perdi meu emprego por causa delas, eu fico conversando sozinha com elas e falando, as pessoas acham estranho (Índia da lua branca, encontro 2).

Tenho 45 anos. Ouço vozes desde a adolescência. Troco uma ideia com elas (Lagartixa, encontro 3).

Às vezes elas começam todas juntas a falar e gritar. Ontem o pastor gritava e as vozes gritavam mais alto ainda. (Índia da lua branca, encontro 3).

Eu tenho acordado umas 4h todo dia. Das 4h até as 4h30 escuto um pássaro que canta um canto triste. Ele canta tão triste, que eu chego a chorar (Leni, encontro 9).

No que diz respeito ao local em que as vozes se manifestam, ou onde os pacientes as sentem, Baker (2016) afirma que há muitas maneiras de ouvi-las, de dentro ou fora da cabeça, em outras partes do corpo ou advindas do mundo externo. Na atual pesquisa, os participantes relataram:

As vozes falam na minha língua, na minha mente e no meu coração (Dinho, encontro 1).

As minhas eram na minha cabeça (Zico, encontro 1).

Nas velas, no motor, às vezes tem um saco de pão na mesa e eu começo a ouvir as vozes vindo dele, acho que é um chip, algo eletrônico lá dentro. Aí eles me observam e ficam falando por esse chip pra mim (Monza, encontro 1).

Eu também tinha essa impressão, que era um chip que colocaram em mim, na minha língua. Ficava tentando só ficar de boca fechada, porque se abrisse, acionava o chip e ouvia as vozes vindo da minha língua (Dinho, encontro 1).

As vivências coincidentes, também ressaltaram-se com o passar do grupo:

Quando eu tentei suicídio, eu tava caminhando e chorando e ouvindo vozes, as vozes mandaram eu sentar no viaduto e me jogar, falavam pra mim “voa! voa!”, os carros passavam e as pessoas me chamando de louco. Até que parou um carro e a criança que tava lá falou “tio, desce daí” e eu respondi que ia voar, e ela disse “mas você não tem capa, como é que você vai voar?” e daí eu comecei a chorar” (Lagartixa, encontro 3).

Eu contei isso semana passada, mas você não tava [...] Mas eu contei no último encontro que eu evito

passar pelo viaduto e sempre passo me segurando onde der, porque as vozes ficam falando “voa, você consegue voar, se joga” (Úrsula, encontro 3).

Outro fator observado após a intimidade grupal estabelecida, foi de que as histórias e acontecimentos passaram a ser semelhantes entre os integrantes, conforme exemplificado no diálogo a seguir.

Eu tô saindo da fase boa pra ir pra fase ruim. Eu ouvia as vozes e não tinha problema nenhum na fase boa. Eu tava na melhor fase, sei quando vou mudar de fase. Aos poucos me dá um aperto no coração, medo das pessoas não me quererem por perto, de ser chata, de ficar sozinha. A fase boa dura pouco, a última durou 3 meses. A fase boa chega do nada, acordo me sentindo muito feliz e invencível, da noite pro dia. A fase ruim chega aos poucos e dura muito. O problema da fase ruim é que eu escuto aceito tudo que as vozes falam, eu obedeço elas. Como se elas tivessem mais poder. Na fase boa eu dou risada e ignoro (Índia da lua branca, encontro 4).

Também tava numa fase boa e do nada piorou (Dinho, encontro 4).

Eu ouço vozes também. Fiquei bem ruim ontem, tava muito forte [...]. Tava bem alto e bem forte, não consegui dormir direito. As vozes falam que não sou nada, que não tenho ninguém, não tenho valor, que ninguém vai sentir falta se eu morrer (Pocahontas, encontro 4).

Posso falar um pouquinho? Pra falar para ela que eu to passando pela mesma fase. [A voz] fala que não valho nada, que eu sou imprestável (Dinho, encontro 4).

Como seres sociais, as relações e interações interpessoais exercem influência sobre cada sujeito em um “priming social”, isto é, um estímulo inicial que afeta as respostas de um indivíduo a outros subsequentes, sem que exista consciência do mesmo sobre tal influência. Em vista disso, a sugestionabilidade abrange processos biopsicossociais que facilitam ou aumentam a probabilidade de que uma proposta seja acatada. Enquanto a sugestão é um estímulo externo, a sugestionabilidade é a variável psicológica incumbida de tratar esse sinal e torná-lo uma resposta. Assim, quando em um ambiente social, as respostas podem se

assemelhar inconscientemente a fim de sentir-se parte do meio (HALLING, et al., 2014; SOUZA FILHO, 2007).

Bakhtin (2011), um autor que pode contribuir para a problematização dos sentidos atribuídos às vozes pelos próprios ouvidores, em sua reflexão sobre gêneros do discurso, afirma que os pensamentos próprios são frutos de um contato permanente com os pensamentos alheios. Em outras palavras, a consciência individual é um produto de um diálogo entre várias consciências e, para o autor, cada discurso é composto por vários discursos, tornando-o polifônico. Partindo desse princípio, as vozes são emaranhadas de discursos como o psiquiátrico, o religioso, o emocional, dentre outros, que falam da realidade singular de cada ouvitor.

Ademais, o sentido que cada ouvitor atribui às suas vozes é algo complexo, pois é influenciado por diferentes fatores, como a história de vida do ouvitor e o contexto histórico-social em que ele está inserido. Assim, encontrar um sentido para as vozes é algo que demanda um investimento psíquico por parte do ouvitor sobre essa temática e, principalmente, um investimento em autoconhecimento, visto que as experiências são heterogêneas e possuem representações amplas e privadas.

Existem diferentes tipos de vozes, a exemplo, de comando, ameaçadoras, divinas, difíceis de identificar, de conhecidos e familiares, engraçadas, entre outras. Cada indivíduo possui uma experiência diferente com as vozes que podem variar em termos de conteúdo e intensidade.

Na atual pesquisa, os achados relacionados à vozes de comando traziam muito sofrimento emocional aos ouvidores, por muitas vezes sentirem-se obrigados a executar o que as vozes diziam, principalmente devido à insistência. Outro aspecto que também gera angústia são as vozes de familiares que escutam, conforme retratado a seguir:

Aí do nada as vozes querem que eu enfrente, que mate, que morra. Tem outras vozes que falam “para, calma. Ele é um bom homem” (Dinho, encontro 1).

Eu também, as vozes falavam pra bater no meu irmão, e eu comecei a pensar, pra que eu vou fazer isso? Meu irmão cuida de mim, me deixou morar na casinha no terreno dele, não quero incomodar ele (Zico, encontro 1).

Eu tento ignorar, elas ficam “se mate, a gente quer que você se mate. Tua irmã vai te jogar pra fora de casa, teu amigo não vai te aceitar na casa dele, você vai ficar na rua”. Eu procuro me fortalecer (Dinho, encontro 4).

Posso perguntar uma coisa para todos, curiosidade mesmo. Vocês tem vozes que acusam vocês também? Que machucam vocês por dentro? (Dinho, encontro 5)

[Todos concordam].

Eu tentei até suicídio por causa das vozes (T, encontro 5).

AL: Eu fico pensando muito sobre as acusações (Pocahontas, encontro 5).

Eu me joguei embaixo dos carros por causa das vozes, quando saí do internamento. E eu vejo meus pais e converso com minha ex-patroa, o marido dela e a filha, vejo os três também. Eles ficam mandando eu lavar a louça, cozinhar, limpar a casa (Leni, encontro 6).

Eu nunca parei de escutar né. Quando eu comecei a escutar, era baboseira, xingamentos, essas coisas. Depois de 5 anos, foi evoluindo, fala pra se matar, me matar. Eu me divirto, quando são os jovens [vozes]. Os velhos são perigosos, falam de morte (Monza, encontro 6).

Às vezes eu passo na linha do trem e a voz manda eu ficar parada esperando que ele logo vem (Leni, encontro 8).

Ontem tava dormindo e eu ouvi, era a voz nítida da minha filha falando “mãe, levanta”. Eu respondi meio sonolenta que tava muito cedo, aí percebi que era a voz. Quando me toquei até dei risada (Índia da lua branca, encontro 4).

Quando tava preso eu também ouvi minha filha. E também ouvia que era ditadura militar, que os policiais tavam matando minha filha, ouvia os berros dela (Dinho, encontro 4).

Pra mim essa semana, essas duas últimas semanas na verdade, tenho ouvido essas vozes que me acordam de madrugada. Vozes de pessoas conhecidas, minha mãe, meu irmão (T., encontro 5).

É ruim quando é a voz deles né, porque a gente acha que os nossos parentes tão passando por alguma coisa (Úrsula, encontro 5).

Paralelo a isso, existem ouvidores que consideram as vozes um fenômeno positivo em suas vidas, atribuindo sentidos à experiência que não estão associados necessariamente a sintomas patológicos e referindo-se à elas como companheiras (COUTO; KANTORSKI, 2021).

Tem positiva também, alguns dizem que é intuição, as vozes avisam “não vá que vai dar ruim”, eu acho que é a voz do evangelho. Mas também tenho uma que não é nem ruim nem boa, é uma sensação (Úrsula, encontro 2).

Mas esses dias eu não tava ouvindo nada, o cara passou me encarando, fiquei nervoso e a voz falou para eu me acalmar. A parte negativa melhorou bastante, elas me elogiam também agora (Dinho, encontro 2).

Eu tava num ambiente com muita gente, falaram pra eu sair dali, e eu argumentando pra não ir, mas acabei saindo. Aí tive um desmaio, se tivesse lá onde elas me mandaram sair, tinha sido pisoteado (Lagartixa, encontro 3).

Ah! Eu to bem, em relação às vozes. Eles [outras pessoas] têm medo quando falo que escuto vozes, a gente acha divertido né (Monza, encontro 5).

Pra mim também é normal, divertido. Eu vejo uma pessoa só e ele fala comigo (Índia da lua branca, encontro 5).

Vocês colocam nome? Eu coloco nas minhas, a voz boa que fala comigo é o João (T., encontro 5).

Outro fator comum entre os ouvidores de vozes, é a ocorrência de outras experiências extra sensoriais, como por exemplo, visões, cheiros, toques e sensações, também descritas pelos participantes da atual pesquisa:

Além das vozes eu vejo bichos às vezes também (Índia da lua branca, encontro 2).

Eu também! Até de cachorro, é assustador. Ouvia os passos, me chamavam. Eu via cobras, chamava meu filho e eles diziam que não era nada. Vi uma aranha ontem mesmo no rosto do meu neto (Úrsula, encontro 2).

Antes eu não tinha esse discernimento, agora já sei quando é real e quando não é. Tenho a sensibilidade

também, sinto sanguessugas nas costas e bichos nos olhos, sei que não é verdade, mas eu sinto. Esses dias comecei a sentir os bichos nos olhos, entrei em desespero. Às vezes é difícil lidar, mesmo sabendo que não é real. Via duendes, essas coisas que não existem. De 2015 a 2018, via monstros, vulto vejo até hoje (T., encontro 2).

Já liguei pro meu psicólogo falando que tinha um monte de aranha na cama (Índia da lua branca, encontro 3).

Eu tenho aracnofobia também, aí chamei minha ex-mulher que tinha uma aranha enorme no quarto e não tinha nada lá. É perigoso até né, só de falar, fico vendo aranhas aqui pela sala (Lagartixa, encontro 3).

Eu vejo vultos também, sombras que aparecem com olho vermelho de fogo (Pocahontas, encontro 4).

Eu tenho uma única visão de um homem e ele fala comigo. É um homem, só não consigo ver o rosto dele. Hoje ele não veio, ele fala comigo, mas também só me destrói. Ele destrói minha autoestima, me xinga (Índia da lua branca, encontro 4).

Eu tenho a sensação de levar tapas, aí não durmo (Lagartixa, encontro 5).

Eu à noite sinto cheiro também (Leni, encontro 5).

Eu também, sinto o cheiro de flores, um cheiro ruim (Úrsula, encontro 5).

Sinto de flor de cemitério, cheiro de morte, de flor em cima de defunto o.(Lagartixa, encontro 5).

[A semana] foi boa entre aspas. Semana passada eu ganhei um susto. Eu tava fechando a porta, tava chaveando e vi um vulto entrando. Tomei um susto, quando consegui chavear a porta, fui correndo pra casa da minha filha. Era um homem, o vulto (Ester, encontro 8).

As experiências extra sensoriais, segundo estudos, podem ser consideradas variantes do comportamento humano, ou seja, pessoas sem diagnóstico de transtornos mentais também podem vivenciá-las em algum momento de sua vida, sem serem rotulados como pacientes psiquiátricos. Um exemplo comum acontece quando pessoas enlutadas apresentam visões dos entes falecidos, o que pode se intensificar conforme a cultura valoriza o vínculo com os antepassados. Existem

diversas alterações de sensopercepção e pensamento não patologizadas (LARØI, et al.,2014; DAVID, 2010).

Expostas as discussões e explorações relacionadas às vozes e às demais experiências extra sensoriais, a maneira escolhida para lidar com esse fenômeno na atual pesquisa, como já citado anteriormente, foi a criação de um grupo de suporte de pares em que a mudança ocorre em um nível grupal e comunitário a partir do pertencimento e apoio social.

## 5.2 AQUILOMBAMENTO DO GRUPO

*“Por mais estropiadas que estejam as pessoas que são atendidas no serviço público, é de seus corpos que partirá alguma mudança. Nesses grupos se produzem novas sociabilidades” (LANCETTI, A, 2015, p. 65).*

Com o decorrer dos encontros, observou-se que em uma atmosfera segura, as pessoas podem assumir uma postura mais curiosa em relação às experiências compartilhadas entre o grupo, explorando de modo conjunto diferentes visões, a fim de ampliar a compreensão das vozes. Ao fazê-lo, criam, entre si, um sentimento de empatia e identificação e conseguem expressar as suas próprias vivências:

Eu aprendi a falar sobre isso abertamente quando eu entrei aqui. Eu assumi, quando falam pra mim que sou louco, eu falo que sou louco mesmo! Tanto que te falei né, quando soube do grupo: “que massa! Quero conhecer gente que eu não me sinta nem tão louco, nem tão especial<sup>2</sup>, é bom encontrar outras pessoas que passam por situações parecidas com a minha. Até me senti melhor já, olha [mostra as mãos que no início do grupo estavam com tremores, paradas] (Lagartixa, encontro 3).

Me sinto em casa aqui no grupo (Índia da lua branca, encontro 3).

Eu gosto muito quando eu falo aqui, a mente da gente que tá falando, parece que a mente precisa. Somos especiais, pra não nos rebaixarmos, somos especiais. Eu vejo com outros olhos, essas coisas que a gente passa, me fez crescer como pessoa. Eu tenho que dar

---

<sup>2</sup> A frase "nem tão louco, nem tão especial" tornou-se o título do atual estudo após a exposição do integrante Lagartixa (encontro 3) por representar a sensação de pertencimento e os demais membros terem identificado-se com a definição.

parabéns para todos vocês, o Zico parou de ouvir, a Leni falou que diminuiu. Isso aqui tá de parabéns pras nossas vidas. Eu me sinto bem aqui, não quero largar, consigo falar com vocês. Quando eu falo com você [pesquisadora] é quase como se não tivesse mais ninguém, consigo me abrir. Tá tão seguro que parece que não tem ninguém (Lagartixa, encontro 8).

Pra mim foi uma experiência bem importante, primeiro porque eu to sem psicólogo e segundo que eu não sabia trabalhar em grupo e eu falava “nem pensar participo de grupo!”. E agora venho toda semana, foi muito bom, porque eu também nem sabia que tinha mais gente que ouvia (Índia da lua branca, encontro 10).

Eu pensava que era só comigo, ouvia pra se matar e eu pensava em fazer. Aí tava acompanhando no ambulatório e toda semana a psicóloga falava que tinha o grupo aqui, que eu podia vir e eu era muito resistente. Mas quando vim, pensei que eles também ouvem a mesma coisa que eu e conseguem lidar cada um do seu jeito. Eu carregava pra mim que tinha de obedecer, não tinha outra escolha porque só eu ouvia (Pocahontas, encontro 10).

O suporte entre pares oferece um ambiente seguro para seus participantes e facilita a construção de uma história coletiva, baseada na troca de experiências e na transformação dos pares em agentes do seu processo de cuidado. Autores afirmam que os indivíduos que sofrem com questões psíquicas podem oferecer apoio a outras pessoas em situações semelhantes, a partir da troca e divisão de responsabilidades, da empatia, identificação e alteridade (CORRADI-WEBSTER, et al., 2021; SIQUEIRA, et al, 2020).

Existem diversos benefícios com a troca entre quem oferta e quem recebe o suporte, como o desenvolvimento de relacionamentos interpessoais, expansão dos sentidos e visão sobre sua própria experiência, protagonismo, reinserção social e a sensação de pertencimento que muitas vezes não está disponível para esses indivíduos em outros espaços que frequentam. Além dessas vantagens, destacam que o suporte de pares pode colaborar com maior eficiência dos serviços de saúde, uma vez que pode suprir uma demanda coletiva e estimular o autocuidado, reduzindo o número de internamentos e atendimentos à crise (SIQUEIRA et al.,2020).

Na experiência de implementação do grupo de suporte de pares descrita aqui, o espaço grupal realizado tornou-se um local seguro para os participantes que trouxeram em sua fala esse sentimento. Quantitativamente, o número de participantes aumentou significativamente com o passar dos encontros e a integração e o vínculo também foram estabelecendo-se gradualmente, além disso, não houveram internamentos entre os participantes do grupo e dentre eles, um dos integrantes que estava com a possibilidade do encaminhamento, progrediu e manteve o modelo de atendimento semi-intensivo no CAPS Regional II.

O ambiente tornou-se seguro para os ouvidores, a ponto de relatarmos ideiação suicida ativa devido às vozes de comando, e os demais integrantes acolherem e propõem estratégias para a participante, conforme descrito nos trechos a seguir:

Eu tinha dado uma melhorada no repuxe da boca, ontem ouvi as vozes falando “Você não é nada, tem que se matar mesmo, pra que viver?”. Aí eu argumentei que não tinha os remédios para tomar tudo, e a voz falava para eu pegar uma faca, um gilette, aí foi indo, acabei cansando e dormindo [nesse momento começa a chorar]. (Pocahontas, encontro 6).

Quando elas falarem, não faça, eu fiz e foi a pior coisa que eu fiz na vida. Na hora as vozes somem e você se sente pior, dói, é solitário. Quando a senhora pensar em se matar, pensa no louquinho que tá do teu lado aqui, pensando em você. Posso rezar pela senhora? (Lagartixa, encontro 6).

Claro, por favor (Pocahontas, encontro 6).

Eu penso na [psicóloga], sabe? Quando to mal, eu vi o quanto é bom vir pra cá. Você lembra da roda, lembra de você [aponta para a pesquisadora], e não pensa daí em besteira (Úrsula, encontro 6).

EL: Livre arbítrio né, tem voz que ajuda e voz que atrapalha, mas a gente também pode escolher qual seguir. As minhas vozes ruins falam: “que ódio que sinto de voce”. De uma semana pra cá, acalmou. Elas se intitulam como espíritos, falam que é espírito daquilo, não sei se pra vocês também é assim (Dinho, encontro 7).

Eu to melhor. Segui o conselho de vocês de não me fazer mal, como eles [vozes] disseram. Guardei as facas, peguei o aparelho de gilette e guardei. (Pocahontas, encontro 7).

O aquilombamento em saúde mental, se conceitualiza na premissa do CAPS ser um serviço de base territorial que atende a sua comunidade a fim de que o usuário sintá-se cuidado, legitimado e identificado. A implementação desses ambientes como o grupo de suporte de pares, busca atender melhor os usuários, entendendo que o aquilombamento já acontece entre eles e pode ser ampliado para além das relações interpessoais já estabelecidas de identificação e apoio. O trabalho em saúde mental, na perspectiva da aquilombação, exercido pelo coletivo, atravessa regimes de afeto em um espaço de proteção, um aquilombamento com combinados e pactos, não para mudar quem são essas pessoas, mas para deixar que elas sejam quem são (DAVID, 2022).

Destarte, além do desenvolvimento de novas sociabilidades, pertencimento e identidade coletiva, o grupo possibilita um ambiente de compartilhamento de estratégias para lidar com as vozes e as demais experiências extra sensoriais, construindo juntos diferentes formas de conviver com o fenômeno.

### 5.3 ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM AS VOZES

*“O coletivo como máquina de produzir singularidades”* (OURY, J., 2009).

Ao relatarem experiências de vozes que são mais desafiadoras ou angustiantes, os pares compartilham e discutem estratégias para lidar com essas experiências. Estas vão desde a utilização de recursos para distração das vozes até estratégias de enfrentamento às vozes de comando, como ilustrado nos trechos a seguir:

A voz falou que tinha dois anjos: um de um lado e o outro do outro, vambora. Meu conselho: não importa o que eu vejo ou que ouça, eu preciso focar na realidade (Dinho, encontro 2).

Eu escuto música (T., encontro 2).

Peço ajuda pro meu pastor. [Sobre as experiências visuais] Eu não consigo distinguir se é real ou não, pra mim é real. Tiro foto e mando pra alguém confirmar se é real, geralmente meu pastor ou antes para o meu psicólogo (Índia da lua branca, encontro 2).

Eu faço uma oração né, nem o santo aguenta mais (Monza, encontro 2).

Orar! Tô me tratando no CAPS, indo na igreja, eu achei que tava tão sozinha, em espírito, carne, mente, agora vejo que não. Fazer tratamento não é maligno, tem gente que diz que depressão é do bichinho né [aponta para baixo]. (Ester, encontro 2).

Eu escuto vozes e às vezes é assustador. A gente dá uma escapada, contorna né. Quando é fraca, a gente descansa e presta atenção. Quando é muito agressiva, aparece o sistema. A gente precisa desligar o aparelho. Se a gente não quer ouvir, a gente se desliga. Vai arrumar alguma coisa para fazer, trabalhar. Muitas são perigosas né (Monza, encontro 4).

Volta e meia dão risada, aí eu fico perguntando pra elas: “Vocês falam que eu sou seu amigo, mas querem me matar?” Não faz sentido. Tô numa tática nova, elas me xingam, eu xingo de volta. Esses dias começaram a me xingar e eu xingando de volta e elas falaram “poxa, não xinga a gente” e pararam (Dinho, encontro 6).

Xingar não tentei, mas questionar, muito. “Se corte”, por que? Depois da medicação não consigo chorar, mas antes chorava bastante. Tomara que elas não xinguem quando tiver gente por perto né, porque eu falo com elas em voz alta, seria estranho (Lagartixa, encontro 6).

Eu tô um pouco melhor. Tô participando da geração de renda, do artesanato, daqui. Me deu uma expectativa de futuro. Eu não consigo dormir quando tenho o artesanato no dia seguinte. Eu fui criada num meio que tem que fazer tudo certinho, sem erros. Tenho uma tendência a não me permitir errar, aí gera o medo. Mas eu errei no artesanato e ela [instrutora] fez eu ficar bem à vontade, tem como refazer. No trabalho você é cobrada que não pode errar, é complicado pra gente que leva as emoções assim. As vozes deram uma acalmada, acho que porque eu tô me envolvendo com mais coisas aqui (Pocahontas, encontro 7).

[...] as vozes falam pra mim “Que que você ta fazendo la?”, “Pra que ir la?” [no grupo]. Às vezes dá um branco

na cabeça, ficam falando que a gente é inútil, imprestável, mas eu continuo vindo, porque o tratamento, conversar me ajuda. Cada dia é um dia vencido. Cada dia que amanhece é uma noite que eu venci. (encontro 8).

A partir dos dados levantados por estudiosos sobre a relação das pessoas com as vozes, ressalta-se que as ferramentas de enfrentamento das vozes tendem a se articular com a subjetividade do indivíduo, suas próprias crenças e valores. Isto posto, uma estratégia que funciona para um pode não funcionar para outro, em contrapartida, o compartilhamento de ideias auxilia na construção singular (OLIVEIRA, et al., 2023).

As estratégias possíveis podem ser ações comportamentais ou cognitivas; pontuais, ou a curto e longo prazo; para benefício prático (redução das vozes) ou emocional (minimizar o sofrimento psíquico associado); sociais e sensoriais. Para além da finalidade de redução da audição de vozes, tal debate endossa o sujeito como protagonista do seu próprio cuidado, mediante a vivência particular da situação e posterior compartilhamento coletivo, valorizando sua própria forma de construir e repartir recursos para amenizar o sofrimento (OLIVEIRA, et al., 2023).

Segundo autores, a retomada de controle sobre a situação, com a pessoa no centro, pode auxiliar no processo de recuperação, uma vez que o indivíduo assume uma postura ativa em sua vida. Destaca-se a relevância da discussão nos grupos para que se torne claro ao ouvindo que, apesar de as vozes de comando ordenarem ações, quem de fato as pratica são eles e, portanto, existe a possibilidade de tomar a decisão de executá-la ou não (KALHOVDE, et al., 2014).

Com base nessa consideração, compreende-se que o ouvindo e as vozes são dissociados, valorizando-se, a individualidade. Apesar desse posicionamento, deve-se considerar novamente as crenças individuais, respeitando a percepção de cada um, pois podem existir aqueles que consideram as vozes parte de si ou relacioná-las a questões espirituais, a exemplo, em um momento do grupo em que foram questionados como identificavam suas vozes, houveram diferentes respostas, transcritas a seguir: “voz boa: Deus”, “Inquilinos”, “Minhas vozes perigosas”, “Destino ou sina”, “Vozes malignas”, “Voz dos outros” e “Espíritos de pessoas”, demonstrando diferentes convicções.

Muitas vezes, os sujeitos associam a experiência extra sensorial às crenças religiosas e espirituais, Luhrmann (2017), antropóloga e estudiosa do tema, afirma que quando as experiências advêm de cristãos evangélicos, bruxas ou médiuns, por exemplo, a experiência torna-se surpreendente, mas não angustiante. Além disso, a partir dessa crença, os templos espirituais, como igrejas e centros espírita tornam-se mais uma possibilidade de apoio no território, conforme demonstrado nos depoimentos:

É, agora tô lidando pela espiritualidade também. Já fui do candomblé, e acreditava que foi por isso que surgiram as vozes. Mas agora eu acho que não tem como a medicina explicar isso aí, não faz sentido a minha mente querer me matar, se ela sou eu também. [As vozes] falavam que eu era ET, que tinha meus ovnis, que eu criava mundos na palma da minha mão. Eu saí na rua e tentava curar as pessoas também, eu não entendia, ficava bravo de me internarem, mas agora consigo entender (Dinho, encontro 1).

É, eu tenho medo de falar que to ouvindo, porque já me falaram que eu to endemoniada, que me falta Deus (Pocahontas, encontro 4).

Aí que você tá enganada, a gente tá perto de Deus! (Dinho, encontro 4).

Mas sabe o que eu posso dizer? Estar trabalhando, ir na igreja, me rodear de pessoas que me amam, ajuda muito. E a voz boa, eu dei o nome de Deus (Lagartixa, encontro 8).

Pensei em me internar de novo. As vozes tavam insuportáveis, “me matar”, “me matar”, “me matar”. Aí encontrei uma moça que falou sobre um centro espírita que poderia ajudar e as vozes acharam uma boa ideia: “Você vai tentar ajudar a gente”. Não tenho culpa, não sou eu que cheguei nas vozes e tentei mudar elas, elas que vieram e não podem me mudar. Agora tô me acostumando até, tô indo pra 2 anos e 5 meses (Dinho, encontro 9).

Em 1988, a dimensão espiritual foi incluída no conceito multidimensional de saúde pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que a conceitua como o conjunto de todas as convicções de natureza não material, como questões de significado e sentido da vida, não se limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa. Acredita-se que o bem-estar espiritual contribui para o

fortalecimento do sujeito em enfrentar dificuldades e promove saúde, seja no âmbito físico, seja no mental e social (TRINDADE, et al., 2022).

Historicamente, a ciência e a religião quando interligadas, soam conflituosas e por muito tempo, foram consideradas antônimos e colocadas em contraposição. Zanini (2019), defende que ambas as temáticas são essenciais para o conhecimento da realidade, pois permitem a descoberta do sentido de satisfação do sujeito e sua interpretação própria do que é o mundo, mesmo que de maneiras divergentes. Ainda, afirma que a ciência por si só não é suficiente para todos os problemas que acontecem, podendo inclusive potencializá-los.

Desse modo, a ciência precisa estar em sintonia com a espiritualidade, sendo esta definida como a experiência de contato com algo que transcende as realidades da vida, isto é, uma força interior que supera as próprias capacidades, não sendo necessariamente relacionada à religião. Muitas vezes os dois termos diluem-se e confundem-se, ambos - a espiritualidade e a religiosidade - caracterizam-se pela dimensão essencialmente experiencial, porém o conceito de religião refere-se à condição institucional e doutrinária da vivência espiritual (ZANINI, 2019).

A influência da espiritualidade/religiosidade sobre a saúde mental depende de um sistema de crenças, de práticas religiosas, das formas de expressar estresse e alívio espiritual e do suporte social possível nesses ambientes. Estudiosos apontam que maiores níveis de envolvimento religioso estão associados positivamente a indicadores de bem-estar psicológico (MELO, et al., 2015).

Assim, tais espaços podem apresentar-se como fatores protetores a esses indivíduos, tanto em situações relacionadas à saúde física e mental, quanto em aspectos do contexto histórico-social. Em contrapartida, quando não acolhedores e compreensivos ao sofrimento emocional, podem apresentar um posicionamento punitivo e crítico e, desse modo, produzir outras situações de violência institucional.

#### 5.4 INTERSECCIONALIDADE COM QUESTÕES HISTÓRICO-SOCIAIS

*“Luta pela inclusão de novos sujeitos de direito e de novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental. Direito ao trabalho, ao estudo, ao lazer, ao esporte, à cultura, enfim, aos recursos que a sociedade oferece” (AMARANTE, P., 2007, p. 69).*

Apesar do tema central ser o fenômeno de ouvir vozes, comumente os participantes traziam outras questões de suas vidas, associadas diretamente ou não às experiências. A lógica da conversa seguia os mesmos preceitos de respeito, compreensão e acolhimento das diferentes vivências, mas existiam consonâncias nos discursos relacionados às questões histórico-sociais, conforme explicitado nos relatos abaixo:

Hoje eu tô ouvindo as vozes, cheguei mais cedo e fiquei ouvindo, fica me acusando das coisas do passado. É que eu participava de uma banda da igreja e engravidei de um membro da banda, ele não quis assumir. Não sei se é uma sensação de culpa, de não ter dado um pai pra minha filha. E as vozes ficam me humilhando por ter engravidado sem casar, não ter dado um pai pra ela, mas tinha medo de botar homem em casa (Pocahontas, encontro 5).

Eu também criei meus filhos sozinha, meu marido foi um dos primeiros usuários de crack do Brasil e as pessoas julgavam mesmo. Tive o mesmo homem durante 18 anos, tive os 4 filhos com ele e antigamente, não tinha Maria da Penha, chegou em 2005. Ele me batia na cabeça pra não aparecer os hematomas, falava que queria ver eu provar que ele me agredia. Você quer ser forte, mas eu vejo que até demorei pra me entregar. Agora eu tenho de focar na minha saúde. Fiquei um bom tempo com medo de pessoas, fiquei traumatizada. E as vozes vêm, vivi muita coisa (Úrsula, encontro 5).

Falei com minha irmã e ela disse: “não sei se você lembra, mas a vó falava esse tipo de coisa pra gente [frases que as vozes repetem para ela], da hora de acordar até dormir. Você vai comer na boca do lixo, que ia virar mendigo”. Nada justifica o que ela fez com a gente, afogava, enforcava, quebrei meu braço até uma vez, me batia muito. Colocava a faca e ameaçava, falava “você não é nada” (Pocahontas, encontro 7).

E sabe que eu sofri muita violência, minha mãe falava que eu era feia, que não fazia nada certo, que eu era imprestável (Úrsula, encontro 7).

Desde pequena eu queria me matar, desde os 6 anos. Meu pai era motorista e vigilante e tinha um revólver. Eu não sabia como colocar bala né, por isso não tentava. Sofria violência da minha mãe também, ela me batia muito e quando ela me mandava limpar o quarto deles, eu pegava a arma e queria me matar (Leni, encontro 7).

De acordo com Stefanello, et al., (2022), algumas vozes têm suas raízes em memórias de experiências traumáticas, em especial eventos vividos durante a infância, quando há maior dificuldade de auto-defesa e maior incidência de práticas de abuso e violência. As vozes podem aparecer como flashbacks desses acontecimentos, como a voz do agressor de forma ameaçadora ou até vozes de autoculpabilização, causando medo e diminuindo a autoestima. Na atual pesquisa, em muitos encontros houve a troca simbólica de experiências traumáticas vivenciadas pelos participantes e as consequências negativas para sua autoimagem, como evidencia-se no diálogo abaixo.

É um fardo muito pesado. Antigamente podia bater, quebravam a gente. Mas agora é proibido, tem lei, é muito melhor conversar do que ficar xingando, falar que é burra, retardada, doída, afetou muito minha autoestima e é difícil se libertar disso né (Úrsula, encontro 7).

Eu não me olho no espelho (Pocahontas, encontro 7).

Eu também não olho (Leni, encontro 7).

Eu também não olho não [e dá risada] (Zico, encontro 7).

E ainda acha graça! [todos riem juntos] (Pocahontas, encontro 7).

Embora nem todos os ouvidores tenham vivido eventos traumáticos, há indícios dessa correlação, com estimativas de que 70% dos ouvidores de vozes tenham começado a ouvir vozes após um evento traumático, segundo estudos (STEFANELLO, et al., 2022).

De acordo com Andrew, et al., (2008), os traumas tornam as pessoas mais vulneráveis à audição de vozes e influencia no sentido que os ouvidores atribuirão às vozes. Conseqüentemente, explorar e conhecer a história de vida do ouvidor e o contexto em que está inserido é de suma importância para que se compreenda o discurso das vozes, sejam eles referentes a eventos traumáticos, a crenças religiosas ou a questões histórico-sociais, como racismo, etarismo e sexismo.

Histórias parecidas, né. Faz 18 anos que eu fiquei viúva, tenho medo de homem, nem imagino ter outra pessoa na minha vida (Úrsula, encontro 7).

Parece que a gente acaba ficando com pessoas parecidas, no sentido ruim. O pai da minha filha me violentou. Eu tenho muito medo das pessoas, abaixo a cabeça, não consigo conversar (Pocahontas, encontro 7).

Fiquei casada 8 anos, durante esses 8 anos eu apanhei e tentei matar meu marido. Quase que matei, até minha irmã falar pra eu separar (Leni, encontro 7).

Por que parece que a gente acaba direcionando e procurando violência? (Pocahontas, encontro 7).

Falam que eu sou braba né, eu surrava meus filhos e agora minha filha me culpa, sei que ela tem razão também. Eu apanhei e depois acabei batendo na minha filha, por que a gente faz isso? (Leni, encontro 7).

É meio assustador [o envelhecimento]. A gente tem mais passado do que futuro. Quando você fica velho, você sofre mais um preconceito. Etarismo que chamam, né? Trabalhei com uma menina que falava que não tinha paciência pra gente mais velha, eu ficava pensando, a gente tem tanto pra ensinar. A nova geração não vai saber nada se não ouvir a gente também. A infância interfere na vida toda. Quando a gente sofre violência sexual na infância, a gente não consegue ter relações com outras pessoas (Úrsula, encontro 9).

## 5.5 INCOMPREENSÃO E DESPERTENCIMENTO

*A essência dos Direitos Humanos é o direito a ter direitos (ARENDT, H.)*

No que diz respeito ao processo de lidar com as vozes, vale ressaltar que apesar do foco central ser o ouvidor, as estratégias de enfrentamento têm maior taxa de sucesso quando compartilhadas com outras pessoas de confiança, principalmente familiares e indivíduos presentes no cotidiano da pessoa. Construir uma rede de apoio contribui de diferentes modos, momentos e níveis de intensidade. Uma vez que a experiência de ouvir vozes pode ter diferentes interpretações de acordo com os valores da sociedade, muitas vezes os ouvidores

sentem-se julgados e incompreendidos e, por receio de sofrer com estigma e preconceito, isolam-se (STEFANELLO, et al., 2022).

Outrossim, a maneira de experienciar esse convívio é diferente para cada indivíduo e se altera dependendo do papel que o sujeito tem na vida da pessoa que ouve vozes, porém, alguns sentimentos, situações, pensamentos e preocupações podem ser comuns, como exemplo, a sensação de angústia por não saber como proceder, a variedade de emoções, como a culpa e a impotência por não saber como ajudar, raiva pelas mudanças geradas, tristeza por sentir que aquela pessoa que você conhece já não é exatamente a mesma, vergonha e medo. Todos esses sentimentos e receios, podem gerar uma convivência conflituosa e fazer com que todos os envolvidos sintam-se desvalorizados e solitários (STEFANELLO, et al., 2022). Nos achados da pesquisa, essa incompreensão e sentimento de despertencimento evidenciou-se:

Quando falo das vozes, todo mundo ri, perguntam “você tomou o remedinho?” (Úrsula, encontro 2).

A gente nem liga mais né, acostumou (T., encontro 2).

Nós não temos credibilidade mesmo, até no dia a dia, falam pra mim “..., vamos fazer tal coisa, será que você vai tá bem no dia?” Eu não posso ter um dia triste, um dia feliz que acham que é a minha doença (Lagartixa, encontro 3).

A indiferença das pessoas é demais (Índia da lua branca, encontro 3).

Além dos familiares, outros espaços de convivência que, a princípio, surgem como fator protetor para esses sujeitos, podem tornar-se de risco a partir da conduta que adquirem frente às adversidades, como os templos religiosos e ocupações. Estudos discutem que o comprometimento funcional e psíquicos varia em congruência com a organização social e cultural do trabalho e das normas coletivas, isto é, lugares mais flexíveis e fluidos tendem a facilitar a adaptação dos sujeitos (CORRADI-WEBSTER et al., 2019; LARØI, et al. 2014).

Dentre os 10 participantes do grupo, apenas um deles tinha um trabalho fixo na empresa de um familiar, os demais estavam afastados do mercado de trabalho, sendo que duas foram afastadas devido à experiência de ouvir vozes e outros dois

estão procurando emprego desde o início do grupo. Alguns relatos demonstram o preconceito vivido pelos ouvidores em diferentes ambientes:

O pastor pediu um testemunho, mas não queria que eu falasse, queria que eu passasse pra ele a minha história pra ele falar. Ele disse que sou diferente. Minha mãe falou que não deixaria eu falar também, que eu ia acabar falando besteira (Índia da lua branca, encontro 3).

Uma coisa é ele falar, vou te instruir né, outra é falar no seu lugar. Várias vezes já falaram que essas vozes são espíritos, “você tem que se apegar a Deus”. Eu escuto/sinto Deus falar comigo. Se eu sou louco por ouvir Deus, todo mundo é também, católico, evangélico (Lagartixa, encontro 3).

Eu não consegui participar da igreja porque quando falei das vozes falaram que “isso é o demônio, isso é o demônio”, fui embora. Falaram pra mim “que que você tá na igreja se você ouve vozes?” (Zico, encontro 3).

“E essa cara? Ta bem? O que ta acontecendo?”, sempre ficam perguntando, eu não posso fazer nada. E também ficam falando que eu sou sensitiva (Úrsula, encontro 3).

Eu também, falaram que eu era sensitivo, que ouvia mortos. Falei que escuto mesmo, Raul, Cazuza, só mortos (Lagartixa, encontro 3).

Aconteceu uma coisa engraçada. O pastor da minha igreja tava com crise, aí ele tava apavorado. Eu falei pra ele “faz igual o senhor fala pra mim, respira. Que eu ia orar pra ele”. Meu Deus, como o homem é fraco né, na hora eu tive vontade de rir, porque ele não aguentou um dia de crise e quis ir pro hospital, e é o que eu passo quase todo dia (Índia da lua branca, encontro 9).

Foi rir em casa né. Eu tenho por parte dos meus irmãos. Tenho 9 irmãos, um irmão mora na esquina e nenhum fala comigo. Falam pra mim “você é louca”; Aí quando precisavam de uma ajuda, me pediram e eu não quis, aí me xingaram mais ainda (Leni, encontro 9).

Você só foi louca porque não ajudou (Índia da lua branca, encontro 9).

A mulher que eu to morando junto, volta e meia me humilha, a minha irmã também não me entende. É difícil ter um equilíbrio, pra se manter vivo (Dinho, encontro 9).

Nesta mesma direção, Corradi-Webster, et al., (2017) apontam que os ouvidores lamentem-se por não ter com quem compartilhar a experiência de ouvir vozes, pois asseguram que familiares e amigos não compreendem a experiência e evitam conversar sobre ela, culpando e desrespeitando os indivíduos.

A OMS considera violência psicológica aquela que envolve a agressão emocional e a verbal e é identificada em diversas populações, entre elas, usuários de saúde mental. Segundo estudos, 90% dos pacientes com ideação suicida atendidos em serviços de saúde mental, apresentavam histórico de qualquer tipo de violência no último ano em seus relacionamentos, destacando-se a violência verbal (OLIVEIRA, 2012).

Fiquei bem ruim ontem, tava muito forte, tive que ligar para minha filha e minha irmã. Minha filha, falou que era para eu parar de frescura, a gente tinha brigado porque pedi dinheiro para comprar uma coquinha e ela falou que fico gastando em besteira. Tava bem alto e bem forte, não consegui dormir direito. Minha filha conversou comigo, mas ela não entende. As vozes falam que não sou nada, que não tenho ninguém, não tenho valor, que ninguém vai sentir falta se eu morrer. (Pocahontas, encontro 4).

Não procuro minha família porque eles não entendem. Eles acham que tudo depende de mim (Índia da lua branca, encontro 5).

Tem que juntar o máximo de prova, porque se você fala que é paciente psiquiátrico, não acreditam. Só a palavra não adianta no nosso caso (Úrsula, encontro 5).

Tem uma amiga que faleceu há 4 meses, ela falava pra mim que era frescura: “vai se ajeitar, esquece isso”, ela se matou em maio (Estér, encontro 6).

Ver uma sombra preta, achei melhor não falar pro pessoal lá de casa. Se não tem compreensão, não tem porquê comentar. (Úrsula, encontro 7).

Ademais, estudos ressaltam que ao contarem sobre as experiências com médicos e outros profissionais da equipe de saúde, geralmente este relato vem acompanhado de aumento na medicação, a fim de cessar a experiência, sendo esta benéfica ou não ao usuário. Isto posto, tal conduta faz com que os sujeitos evitem

de comentar sobre a vivência, para esquivar-se da prescrição devido aos efeitos colaterais e também por não sentirem-se totalmente acolhidos, apenas politizados (CORRADI-WEBSTER, et al. 2017).

Na atual pesquisa, essa dificuldade também se manifestou por diversas vezes, ficando explícito nos momentos em que o grupo se mobilizou espontaneamente para discutir questões que emergiram a respeito da insatisfação com equipamentos de saúde e seus profissionais que eles consideram que não somente não os ouvem, mas que também os julgam.

Eu também ouvi. Tentei, me joguei embaixo do carro e tomei todas as medicações que tinha em casa (levozine, depakene, nem sei o que mais), Fiquei quatro dias desacordada, depois fiquei no Pilar, quando eu voltei, que minha irmã foi me dar banho de leite, o enfermeiro falou a mesma coisa, que eu tava ocupando a vaga de alguém há três dias. Eu fugi do hospital, arranquei o acesso e fui embora descalça. Depois eu fui no CAPS e a psicóloga falou “você não tá doente, voce fez isso pra se aparecer” (Leni, encontro 6).

“Cara, eu não sei o que passa na cabeça pra tentar” [imitando frases que ouviu após tentativa de suicídio]. Claro que não! Você não passa pelo o que tá passando. “Quer se aparecer?” Quero, agora você vai me ver, tô aqui, pedindo ajuda (Lagartixa, encontro 6).

[...] tentei suicídio cinco vezes, até soda cáustica tomei. Aí fui para o hospital e o médico falou que eu tava roubando a vaga de alguém que quer viver, que importa (Pocahontas, encontro 6).

Falamos aqui sobre pensar em coisas que gostamos e que ajuda nesses momentos ruins, quando tá ruim, penso em alguém que eu amo. No último grupo, falei pra minha vó, “hoje nós falamos de vozes, vó” e ela respondeu “fica tranquilo meu filho, só não deixa de ouvir a voz de Deus”, isso me acalmou tanto, ela saber o que tá passando (Lagartixa, encontro 5).

Conforme relatado anteriormente, a relação entre instituições de assistência psiquiátrica e violência é tão antiga quanto a própria psiquiatria. Desde a criação da primeira instituição de natureza especificamente psiquiátrica, a violência impetrada é questionada e discutida. Se num ambiente próprio para o tratamento e acompanhamento desses pacientes já ocorrem diferentes violências, equipamentos

de saúde geral, com diversas especialidades e um foco menor na saúde mental, tornam-se comumente associados à violência institucional, estigma e preconceito (CARDOSO, et al., 2022).

Paradoxalmente, o setor saúde e seu corpo profissional, responsáveis por traçar estratégias e assegurar saúde plena em todos os aspectos biopsicossocial, constituem-se também em perpetradores de atos de uma violência denominada "institucional". Existe uma assimetria, entre o profissional de saúde e o usuário, pautada não somente no conhecimento técnico-científico, mas na autoridade cultural e moral atribuída à equipe de saúde. Quando se converte essa diferença em uma relação hierárquica com fins de dominação, colocando o sujeito em situação de objeto, limitando ou impedindo sua autonomia, oprimindo-o, institui-se a violência (LADEIA, et al., 2016).

Vale ressaltar que a privação dessa autonomia representa a negação de um princípio fundamental da Lei 8.080/1990, que dispõe: "preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral", desse modo, o usuário exime-se de participar e ter voz ativa na decisão do seu autocuidado, tornando-se simples objeto de intervenção (BRASIL, 1990).

Assim, torna-se ainda mais relevante possibilitar que os usuários tenham um local de fala e sejam respeitados em suas opiniões, além de discutir estratégias para atingir o objetivo de serem também ouvidos por familiares e profissionais dentro e fora do grupo.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considerando o Movimento da Reforma Psiquiátrica e as novas abordagens possíveis de cuidado psicossocial realizado em serviços territoriais como o Centro de Atenção Psicossocial, é imprescindível criar espaços em que os usuários sintam-se à vontade para contar suas experiências livremente e serem ouvidos e respeitados, sem julgamentos.

A intenção desta pesquisa-intervenção foi possibilitar que os ouvidores de vozes, presentes no CAPS Regional II de Pinhais-PR, pudessem pensar e dialogar a respeito daquilo que os atravessa durante a vivência complexa, importante e significativa que é a audição de vozes. Ao implementar o grupo de suporte de pares nesse serviço, foi possível ofertar um espaço de escuta qualificada, acolhimento e troca, e buscou-se reconhecer e acolher as demandas, atribuir protagonismo ao sujeito, estimular a redução do estigma e auxiliar na reinserção social.

Com isso, foram ressaltados cinco pontos na análise de resultados, que pretenderam responder aos objetivos da pesquisa e trouxeram discussões acerca do processo e necessidades trazidas pelos usuários. Dentre os principais resultados, destaca-se que a existência de um local no qual os usuários expõem a audição de vozes, muitas vezes foco do cotidiano desses indivíduos, promove uma atmosfera de segurança e possibilita que estes retomem o controle do seu processo de saúde, contribuindo para a autonomia.

Diante disso, é importante ressaltar o papel dos serviços de saúde na construção de espaços de fala e diálogo para esta população, a fim de desenvolver o pensamento analítico desses usuários e profissionais e a disseminação das informações relacionadas ao fenômeno, de maneira a contribuir com o rompimento do paradigma biomédico patologizante e trazer críticas à psiquiatria hegemônica, fortalecendo a construção de um novo olhar para o campo da saúde mental.

Ressalta-se que uma intervenção coletiva, construída conjuntamente e considerando o contexto histórico-cultural, é importante para que se consolide o trabalho em grupo, tendo em vista que os profissionais de saúde poderão produzir respostas ampliadas às demandas de cuidado através das possibilidades presentes no suporte entre pares. Dessa forma, aproximar os cuidados em saúde dos espaços coletivos é uma estratégia valorosa para que os usuários reconheçam a importância do cuidado em território, da reflexão e troca de conhecimentos e do pertencimento.

Destarte, os achados da atual pesquisa possibilitaram analisar o processo de ouvidores de vozes em diferentes fases do fenômeno - surpreendente, organização e estabilização - e a partir desses períodos, notou-se que os sujeitos já estáveis e adaptados à manifestação, contribuíram para aqueles nos períodos iniciais, compartilhando suas tentativas, estratégias e desafios pelo percurso. Essa troca de experiências e acolhimento do sofrimento comum a todos, relaciona-se à ideia de "aquilombamento" supracitada, na qual o grupo pode ser considerado um espaço de proteção, não para mudar quem são essas pessoas, mas para deixar ser quem são.

Outro ponto de destaque é o uso dessa nova abordagem que representa uma vanguarda na saúde mental contemporânea, uma vez que, tal qual feito com a Reforma Psiquiátrica atrelada à Reforma Sanitária, tal grupo permite um deslocamento da relação causa-efeito que culmina em um modo de processo saúde-doença marcado pelo viés biomédico, patologizante e individualizante. Neste sentido, o Grupo de Ouvidores de Vozes aponta, com outras lentes e instrumentais, para um destino parecido com o do modo de atenção psicossocial, a saber, a compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença e a inserção das pessoas como são e como conseguem ser em uma sociedade marcada pela desigualdade e pelos processos excludentes.

Procurou-se seguir o proposto por Franco Basaglia, figura-símbolo da reforma psiquiátrica, de ao invés de colocar as pessoas entre parênteses para tratar as doenças, colocar as doenças entre parênteses para tratar as pessoas: e as pessoas em questão aqui ouvem vozes, mas não só se resumem nem deve ser resumidas por essa singularidade, ainda que permeada pelo sofrimento.

Quanto às questões levantadas pelos próprios usuários, acredita-se que foi atendida a solicitação de ser um processo gradual, sugerida por Monza, uma vez que destacou-se a construção da intimidade grupal durante o decorrer dos encontros e os participantes inicialmente mais tímidos, foram sentindo-se à vontade para trazer suas próprias situações relacionadas às vozes, mas também para além delas. Especificamente no que diz respeito aos casos individuais, um exemplo considerado "de sucesso" foi o de Leni que mostrou-se resistente a participar do grupo, mas que após conhecê-lo, tornou-se assídua e agradeceu a pesquisadora no último encontro por ter insistido nela. Além deles, Pocahontas deslocou-se de um período de angústia e ideação suicida intensa para estabilização, envolvendo-se

com outras atividades disponíveis no CAPS Regional II após adaptar-se ao Grupo de Ouvidores de Vozes.

Sublinha-se também, a mudança no título do trabalho para uma frase autoexplicativa, de autoria do participante Lagartixa e tendo seu sentido compartilhado por todos os integrantes sobre a sensação de estar num ambiente aquilombado. Outrossim, ressalta-se a ideia de duplo sentido dos ouvidores de vozes, pois além de discussões sobre as vozes ouvidas por eles, pôde-se ouvir a voz dessas pessoas, muitas vezes silenciadas pelo pensamento medicalizante, e produzir um agrupamento participativo.

Finalmente, o grupo consolidou-se como um ambiente de pertencimento e de criação de vínculo, onde esses sujeitos sentiram-se acolhidos e aceitos em um espaço que possibilita a atribuição de novos sentidos para a experiência e o compartilhamento de técnicas de manejo e de histórias de vida, contribuindo para a afinidade e identificação entre pares. Essa pesquisa-intervenção contribuiu para o desenvolvimento de diálogos, sentidos e posicionamentos frente à audição de vozes, ampliando e modificando a visão tradicional em saúde mental e colaborando para uma transformação necessária e possível para o avanço da atenção psicossocial.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. M. A. Um “mestiço irrecusável”: **Tito Lívio de Castro e o pensamento cientificista no Brasil do século XIX** [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2008. Disponível em: [https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/VCSA-8FVQAT/1/disserta\\_o\\_de\\_ana\\_maria\\_araujo\\_de\\_almeida.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/VCSA-8FVQAT/1/disserta_o_de_ana_maria_araujo_de_almeida.pdf). Acesso em: 27 abr. 2023.
- ALVES, E. S.; FRANCISCO, A. L. Ação psicológica em saúde mental: uma abordagem psicossocial. **Psicol. cienc. prof.**, v. 29, n. 4, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/YpCPnpqwgmxVqNzTKZj36c/?lang=pt#>. Acesso em: 06 jun. 2023. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000400009>.
- ANDREW, E. M., GRAY, N. S., SNOWDEN, R. J. The relationship between trauma and beliefs about hearing voices: a study of psychiatric and non-psychiatric voice hearers. **Psychological medicine**, v. 38, n. 10, p. 1409-1417, 2008. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/relationship-between-trauma-and-beliefs-about-hearing-voices-a-study-of-psychiatric-and-nonpsychiatric-voice-hearers/F216516F6183F6416087A941906839E4>. Acesso em: 23 nov. 2023.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ANGROSINO, M. V. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 138 p.
- BACCARI, I. O.; CAMPOS, R. T. O.; STEFANELLO, S. Recovery: revisão sistemática de um conceito. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p.125-136, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mRkLmqgPZmXXqYDLqY4dYvb/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 02 jun 2023. <http://doi.org/10.1590/1413-81232014201.04662013>.
- BAKER, P. **Abordagem de ouvir vozes**: treinamento Brasil. São Paulo: CENAT; 2016. 72 p.
- BAKER, P. **The voice inside**: a practical guide for and about people who hear voices. Port of Ness: P&P Press; 2009.
- BAKHTIN, M. **Estética da criação verbal**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes; 2011.
- BRASIL. **Lei Federal nº 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 em saúde mental. Diário Oficial da União. Brasília, DF: 2001.
- BRASIL. **Lei nº8.080, 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. p.18055.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**: Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF: 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**: Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com

necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF: 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em: 05 jun. 2023.

CALLONI, H. Ambientes desencantados: o século XVIII e o reino das racionalidades. **Ambiente & educação**, v. 11, p.11-27, 2006. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/ambeduc/article/viewFile/761/258>. Acesso em: 30 maio 2023.

CAMPREGHER, I. **Do mesmo teto, do mesmo sangue, do mesmo chão**: a família no cotidiano da loucura [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2009.

CASTRO, T. L. **Das alucinações e ilusões** [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro; 1889.

CLARKE, V.; BRAUN, V. **Successful qualitative research**: A practical guide for beginners. London: Sage, 2013.

CORRADI-WEBSTER, C. M.; LEÃO, E. A.; RUFATO, L. V. Colaborando na trajetória de superação em Saúde Mental: Grupo de Ouvidores de Vozes. **Nova Perspectiva Sistêmica**, n. 61, p. 100-119, ago 2018. Disponível em: <https://www.revistanps.com.br/nps/article/view/411/331>. Acesso em: 20 mar 2023. <http://dx.doi.org/10.21452/2594-43632018v27n61a01>.

CORSTENS, D., et al. Emerging perspectives from the Hearing Voices Movement: implications for research and practice. **Schizophrenia bulletin**, v. 40, n. suppl. 4, p. S285-S294, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24936088/>. Acesso em: 22 mar. 2023.

COUTO, M. L. O.; KANTORSKI, L. P. Sentidos produzidos por ouvidores de vozes sobre suas experiências com as vozes. **Aletheia**, v. 54, n.1, jan./jun. 2021. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942021000100008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942021000100008). Acesso em: 01 dez. 2023. <http://doi.org/10.29327/226091.54.1-7>.

COUTO, M. L. O.; KANTORSKI, L. P. Ouvidores de Vozes de um Serviço de Saúde Mental: Características das Vozes e Estratégias de Enfrentamento. **Psicol. Soc.**, v. 32, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/GjzpZbctVjvWwgvMvrPzTSL/#>. Acesso em: 20 maio 2023. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32219779>.

COUTO, M. L. O.; KANTORSKI, L. P. Ouvidores de vozes: uma revisão sobre o sentido e a relação com as vozes. **Psicologia USP**, v. 29, n. 3, p. 418-431, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/CVRX9x3rLS5fRVH7KG9SSys/?lang=pt>. Acesso em: 30 maio 2023. <https://doi.org/10.1590/0103-656420180077>.

DAVID, E. C. **Saúde mental e racismo**: saberes e saber-fazer desnordeado na/para a Reforma Psiquiátrica brasileira antimanicolonial [tese]. Doutorado em Psicologia Social). São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2022. 207 f.

ELKIS H. A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. **Rev bras psiquiatr.**, v. 22, n. supl. 1, p. 23-6, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/tHc3WVC5r83N546JLCdwFTy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2023.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Subsecretaria de Estado da Saúde para Assuntos de Regulação e Organização da Atenção à Saúde. Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde. **Diretrizes Clínicas em Saúde Mental**. 1 Ed. Vitória (ES): Secretaria de Saúde; 2018. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Diretrizes%20Clinicas%20em%20saude%20mental.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2023.

FERNANDES H. C. D.; ZANELLO, V. Para além da alucinação auditiva como sintoma psiquiátrico. **J. nurs. health**, v. 8, n. esp:e188414, p.1-19, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/14042>. Acesso em: 01 jun 2023. <https://doi.org/10.15210/jonah.v8i0.14042>.

FOUCAULT, M. **Doença Mental e Psicologia**. 6 ed. Lisboa: Editora Texto e Grafia; 2008. 104 p.

GODOY, A. S. Pesquisa Qualitativa: tipos fundamentais. Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, jun. 1995. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/ZX4cTGqYfVhr7LvVyDBgdb/?lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2023. <https://doi.org/10.1590/S0034-75901995000300004>.

HALLIGAN, P. W.; OAKLEY, D. A. Hypnosis and beyond: Exploring the broader domain of suggestion. **Psychology of Consciousness**, v. 1, n. 2, p. 105–122, 2014. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fcons0000019>. Acesso em: 10 nov. 2023. <https://doi.org/10.1037/cns0000019>.

HENNING, P. C. Efeitos de sentido em discursos educacionais contemporâneos: produção de saber e moral nas ciências humanas. [tese de doutorado]. Programa de Pós-graduação em Educação, São Leopoldo (RS): Universidade do Vale do Rio dos Sinos; 2008.

JORGENSEN, K.; RASMUSSEN, T.; HANSEN, M.; ANDREASSON, K. Recovery-oriented intersectoral care between mental health hospitals and community mental health services: An integrative review. *International Journal of Social Psychiatry*, v. 24, p. 1- 13, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33100119/>. Acesso em: 20 abr 2023. <http://doi.org/10.1177/0020764020966634>.

KALHOVDE A. M., ELSTAD I., TALSETH A-G. “Sometimes I walk and walk, hope to get some peace”. Dealing with hearing voices and sounds nobody else hears. **Int J Qualit Studies Health Well-Being**.v. 9, n. 1, p. 1-12, 2014. Disponível em:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/qhw.v9.23069>. Acesso em: 01 dez. 2023.  
<https://doi.org/10.3402/qhw.v9.23069>.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, V. KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 32-51.

KROEFF, R. F. S.; GAVILLON, P. Q.; RAMM, L. V. Diário de Campo e a Relação do(a) Pesquisador(a) com o Campo-Tema na Pesquisa-Intervenção. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 464-480, 2020. Disponível em:  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v20n2/v20n2a05.pdf>. Acesso em: 14 abr 2023.  
<https://doi.org/10.12957/epp.2020.52579>.

LADEIA, P. S. S.; MOURÃO, T. T.; MELO, E. M. O silêncio da violência institucional no Brasil. *Rev Med Minas Gerais*, v. 26, n. supl 8, S398-S401, 2016. Disponível em:  
<https://rmmg.org/artigo/detalhes/2186#:~:text=A%20invisibilidade%20da%20viol%C3%AAncia%20institucional.reconhecimento%20e%20enfrentamento%20desse%20problema>.  
Acesso em: 10 dez. 2023.

LANCETTI, A. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. São Paulo: Hucitec; 2015.

LARØI, F.; LUHRMANN, T. M.; BELL, V.; CHRISTIAN JR, W., et al. Culture and hallucinations: overview and future directions. *Schizophr Bull.*, v. 40, suppl. 4, S213-20, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24936082/>. Acesso em: 08 dez. 2023.  
<http://doi.org/10.1093/schbul/sbu012>.

LEWGOY, A. M. B.; SCAVONI, M. L. A. Supervisão em Serviço Social: a formação do olhar ampliado. *Revista Virtual Textos & Contextos*, v.1, n. 1, nov. 2002. Disponível em:  
<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/925>. Acesso em: 13 abr. 2023.

LOUZÃ NETO MR, ELKIS H. **Psiquiatria básica**. 2 Ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.

LUHRMANN, T. M. Diversity Within the Psychotic Continuum. *Schizophrenia Bulletin*, v. 43, n. 1, p. 27–31, 2017. Disponível em:  
<https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/43/1/27/2548951?login=false>. Acesso em: 10 maio. 20123. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw137>.

MAHLKE, C. I.; KRÄMER, U. M.; BECKER, T.; BOCK, T. Peer support in mental health services. *Current Opinion in Psychiatry*, v. 27, n. 4, p. 276–281, 2014. Disponível em:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24852058/>. Acesso em: 20 maio 2023.  
<http://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000074>.

MELO, C. F.; SAMPAIO, I. S.0; SOUZA, D. L. A.; PINTO, N. S. Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. *Estud. pesqui. psicol.*, v. 15, n. 2, p. 447-464, 2015. Disponível em:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-42812015000200002&script=sci\\_abstract](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-42812015000200002&script=sci_abstract).  
Acesso em: 10 dez. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília; 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2001**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

OBICI, G. **Condição da escuta**: mídias e territórios sonoros [dissertação]. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2009. Disponível em: <https://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/giuliano/condicaoescutagiuliano.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2023.

OLIVEIRA, R. D. C. M. (Entre) Linhas de uma pesquisa: O Diário de Campo como dispositivo de (in)formação na/da abordagem (Auto)biográfica. **Revista Brasileira de Educação de Jovens e Adultos**, v. 2, n. 4, p. 69-87. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/educajovenseadultos/article/view/1059/730>. Acesso em: 20 mar 2023.

OLIVEIRA, H. N. Violência contra indivíduos com transtorno mental: Projeto Pessoas [tese]. Doutorado em Saúde Pública. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2016. 150 f.

OLIVEIRA, L. O.; STEFANELLO, S.; SANTOS, D. V. D.; MIRANDA, G. F. F.; MOTTER, A. A. As vozes são muito mais que um sintoma. **Interface**, v. 27, e220275, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/36Njdr5VnRfB7Vs86YCptcK/#>. Acesso em: 20 nov. 2023. <https://doi.org/10.1590/Interface.220275>.

ONG, W. J. **The Presence of the Word**: Some Prolegomena for Cultural and Religious History. New York: Simon & Schuster; 2000.

OURY, J. **O coletivo**. São Paulo: Hucitec, 2009.

PAIM, I. **História da psicopatologia**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária; 1993.

PESSOTI, I. **A loucura e as épocas**. São Paulo: Editora 34; 1994.

ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicol. cienc. prof.**, v. 23, n 4, p. 64-73, dez. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/XdM8zW9X3HqHpS8ZwBVxpYN/?lang=pt#:~:text=A%20pesquisa%20interven%C3%A7%C3%A3o%20consiste%20em,est%C3%A1%20na%20ordem%20das%20intensidades>. Acesso em: 14 abr. 2023. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932003000400010>.

ROMME, M., ESCHER, S., DILLON, J., CORTENS, D., MORRIS, M. **Living with voices: 50 stories of recovery**. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books; 2009.

RUFATO, L. S., et al, Suporte de pares em Saúde Mental: Grupo de Ouvidores de Vozes. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.13, n.36, p.156-174, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/76826/46953>. Acesso em: 20 mar 2023.

SCHMUTTE, T., GUY, K., DAVIDSON, L., BELLAMY, C. D. Peer supports in recovery. In: SHRIVASTAVA, A., SOUSA, A. (Eds.). **Schizophrenia treatment outcomes: an evidence-based approach to recovery**. p. 245–252. Berlim: Springer Nature, 2020.

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Rede e Intersectorialidade na Atenção Psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, n. 3, p. 640-655, abr. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000300015>. Acesso em: 01 jun. 2023.

SMITH. D. B. **Muses, madmen, and prophets: hearing voices and the borders of sanity**. New York: Penguin Books; 2008.

SOUZA FILHO, M. L. **Sugestionabilidade: suas características e correlações com outras variáveis psicológicas**. [dissertação]. Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco; 2007. Disponível em: [https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/8930/1/arquivo8965\\_1.pdf](https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/8930/1/arquivo8965_1.pdf). Acesso em: 10 nov. 2023.

STEFANELLO, S., et al. **Sobre Ouvir Vozes: o que é? Como lidar, qual ajuda buscar?** Curitiba: Editora UFPR; 2022. 27 p.

STRATFORD, A. C., et al. The growth of peer support: an international charter. **J Ment Health.**, v. 28, n. 6, p. 627-32, dec. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28682640/>. Acesso em: 20 jun 2023. <http://doi.org/10.1080/09638237.2017.1340593>.

TRINDADE, K. A.; ANDRADE, L. F.; SAMPAIO, P. Y.S.; MELO, M. S. S.; HERNANDES, R. S. Espiritualidade e Saúde: um olhar por meio de diferentes atores sociais. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, e41311225874, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25874>. Acesso em: 02 dez. 2023.

VASCONCELOS, E. M. Desinstitucionalização e interdisciplinaridade em saúde mental. **Cadernos do IPUB**, Rio de Janeiro, n. 7, p. 19-41, 1997.

WOODS, A., et al. Interdisciplinary Approaches to the Phenomenology of Auditory Verbal Hallucinations. *Schizophrenia Bulletin*, v. 40, n. 4, p. S246-S254, 2014. Disponível em: [https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/40/Suppl\\_4/S246/2886717](https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/40/Suppl_4/S246/2886717). Acesso em: 10 mar. 2023.

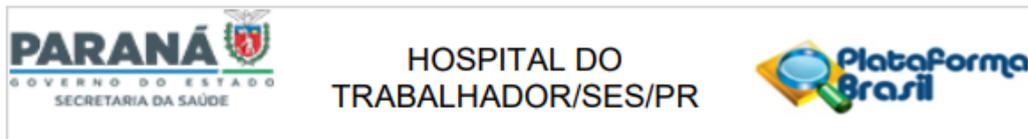
WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia**: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

ZANINI, R. L. Religião e Ciência: caminho de aliança ética. **Caderno teológico da PUCPR**, v. 4, n. 1, p. 91-104, 2019. Disponível em:

[https://scholar.google.com/citations?view\\_op=view\\_citation&hl=en&user=NAOdWV8AAAAJ&citation\\_for\\_view=NAOdWV8AAAAJ:hqOjcs7Dif8C](https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=en&user=NAOdWV8AAAAJ&citation_for_view=NAOdWV8AAAAJ:hqOjcs7Dif8C). Acesso em: 04 dez. 2023.

## ANEXOS

### ANEXO 1 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Implementação de Grupo de Ouvidores de Vozes em um Centro de Atenção Psicossocial do Município de Pinhais

**Pesquisador:** EVERLY MALTACA PYPCAK

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 69158123.8.0000.5225

**Instituição Proponente:** SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.286.790

##### Apresentação do Projeto:

Projeto intitulado: "Implementação de Grupo de Ouvidores de Vozes em um Centro de Atenção Psicossocial do Município de Pinhais"

##### Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa propõe-se a : "Implementar um grupo de ouvidores de vozes em um Centro de Atenção Psicossocial do município de Pinhais, a fim de ofertar um espaço de escuta qualificada, acolhimento e troca, diante da experiência de ouvir vozes.";

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios avaliados pelo pesquisador, em consonância com as normas para realização de pesquisas;

##### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância científica e social.

##### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conforme a carta resposta, as pendências estão sanadas.

##### Recomendações:

Encaminhar relatório ao CEPHT ao final da pesquisa

**Endereço:** Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41  
**Bairro:** Novo Mundo **CEP:** 81.050-000  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** cep.cht@sesa.pr.gov.br

Continuação do Parecer: 6.286.790

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2126842.pdf	27/07/2023 16:12:13		Aceito
Brochura Pesquisa	ProjetoDePesquisa.docx	27/07/2023 16:07:52	EVERLY MALTACA PYPCAK	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	CartaResposta.pdf	27/07/2023 16:06:44	EVERLY MALTACA PYPCAK	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	27/07/2023 16:03:55	EVERLY MALTACA PYPCAK	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_anuencia.pdf	28/04/2023 09:41:20	EVERLY MALTACA PYPCAK	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_equipe.pdf	28/04/2023 09:40:24	EVERLY MALTACA PYPCAK	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/04/2023 11:16:42	EVERLY MALTACA PYPCAK	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.pdf	25/04/2023 11:16:28	EVERLY MALTACA PYPCAK	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 06 de Setembro de 2023

Assinado por:  
**Fabio Carvalho**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41  
**Bairro:** Novo Mundo **CEP:** 81.050-000  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** cep.cht@sesa.pr.gov.br

## **ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.**

Nós, Everly Maltaca Pypcak e Altieres Edemar Frei, pesquisadores da Escola de Saúde Pública do Paraná, estamos convidando (o Senhor, a Senhora) usuário/a em tratamento no CAPS Regional II de Pinhais, a participar de um estudo intitulado “Implementação de Grupo de Ouvidores de Vozes em um Centro de Atenção Psicossocial do Município de Pinhais”

O objetivo desta pesquisa é implementar um grupo de ouvidores de vozes em um Centro de Atenção Psicossocial do município de Pinhais, a fim de ofertar um espaço de escuta qualificada, acolhimento e troca, diante da experiência de ouvir vozes.

Caso (o Senhor, a Senhora) participe da pesquisa, será necessário participação em dez encontros grupais a serem realizados uma vez por semana, com horário e local pré-estabelecido com os/as participantes.

Para tanto (o Senhor, a Senhora) deverá comparecer no Centro de Atenção Psicossocial - Rua Antônio de Andrade, 153, Maria Antonieta, Pinhais- PR, por aproximadamente três meses de duração.

É possível que (o Senhor, a Senhora) experimente algum desconforto, principalmente relacionado à intensidade emocional ao compartilhar suas experiências sobre sofrimento, próprio ou de outrem, e suas vivências, lembrando que este desconforto é diminuído à medida que podemos compartilhá-los com outras pessoas e refletir sobre possibilidades de alívio.

Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser: sentir um desconforto emocional ao refletir sobre sua própria história de vida, constrangimento, reação emocional como choro, ansiedade, entre outros; sensação de exposição, ao relatar sobre seu sofrimento para outras pessoas participantes dos encontros.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são: o desenvolvimento de aspectos de saúde mental, a produção de estratégias para lidar com sua experiência a partir do exemplo dos demais participantes, e maior apropriação e autonomia do seu processo de autocuidado. Além do desenvolvimento destes aspectos, os participantes poderão experimentar um espaço de escuta, troca e acolhimento diante de suas características singulares, embora nem sempre (o Senhor, a Senhora) seja diretamente beneficiado(a) por sua participação neste estudo.

Os pesquisadores Everly Maltaca Pypcak e Altieres Edemar Frei, responsáveis por este estudo, poderão ser localizadas para esclarecer eventuais dúvidas que (o Senhor, a Senhora) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo no seguinte local/telefone (Rua Antônio de Andrade, 153, Maria Antonieta, Pinhais-PR; telefone- (41) 3912-5382). Em situações de emergência ou urgência, relacionadas à pesquisa, as mesmas poderão ser contatada neste mesmo telefone.

Se (o Senhor, a Senhora) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEPESH/SESA/HT pelo Telefone 3212-5829 das 08:00 horas às 15:00 horas de segunda a sexta-feira, ou pelo e-mail: cep.cht@sesa.pr.gov.br. O CEP é um grupo de indivíduos com conhecimento científico e não científico que realizam a revisão ética inicial e contínua do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e se (o Senhor, a Senhora) não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. O seu acompanhamento no CAPS Regional II está garantido e não será interrompido caso (o Senhor, a Senhora) desista de participar.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, tal como o orientador da pesquisa, Profº Dr Altieres Edemar Frei. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, será feito com codinome, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.

O material obtido e registrado nos diários de campo será utilizado unicamente para esta pesquisa e será descartado dentro de 1 ano.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa, em relação ao transporte, são de sua responsabilidade; entretanto, (o Senhor, a Senhora) não receberá qualquer valor em dinheiro apenas pela sua participação.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um codinome.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em

participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para meu tratamento ou atendimento ordinários que recebo de forma rotineira na instituição. Eu entendi o que não posso fazer durante a pesquisa e fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum problema diretamente relacionado ao desenvolvimento da pesquisa. Por fim, entendo que receberei uma via deste Termo de Consentimento assinado pelo representante da equipe de pesquisa. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

---

Nome por extenso do Participante e/ou Responsável Legal

---

Assinatura do Participante e/ou Responsável Legal

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou seu representante legal para a participação neste estudo.

---

Nome extenso do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

---

Assinatura do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Pinhais, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.