



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA**

**ESCUTAR VOZES: DA QUALIFICAÇÃO DA EXPERIÊNCIA AO  
CUIDADO NA CLÍNICA EM SAÚDE MENTAL**

**Henrique Campagnollo D'ávila Fernandes**

**BRASÍLIA - DF  
2017**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA**

**ESCUTAR VOZES: DA QUALIFICAÇÃO DA EXPERIÊNCIA AO  
CUIDADO NA CLÍNICA EM SAÚDE MENTAL**

**Henrique Campagnollo D'ávila Fernandes**

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da  
Universidade de Brasília como requisito parcial para  
a obtenção de título de Mestre em Psicologia Clínica  
e Cultura.

Orientadora: Prof. Dra. Valeska Maria Zanello de Loyola

**BRASÍLIA - DF  
2017**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA  
EXAMINADORA:

---

Profa. Dra. Valeska Maria Zanello de Loyola – Presidente  
Universidade de Brasília – UnB

---

Prof. Dr. José Jorge de Carvalho – Membro Interno  
Universidade de Brasília – UnB

---

Profa. Dra. Tania Inessa Martins de Resende – Membro Externo  
Centro Universitário de Brasília - UniCEUB

---

Prof. Dra. Maria Inês Gandolfo – Membro Suplente  
Universidade de Brasília – UnB

Brasília, julho de 2017

*A todas as pessoas que tiveram suas vozes caladas*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe Clerí Carmen, que desde muito cedo abriu possibilidades para que eu pudesse me interessar pelo campo da saúde mental, em razão dos trabalhos que realizou – com pessoas com deficiência visual e auditiva, pessoas em situação de sofrimento psíquico grave, e de duas décadas para cá com idosos -, pelo cuidado e pelo amor incondicional, que me deram humanidade. Agradeço ao meu pai José Luís pelo cuidado em reserva, pelas orientações e pelo exemplo de retidão, que contribuíram para forjar meu espírito. À minha irmã Isadora, pelo carinho, pelas risadas e pelo apoio de sempre nas situações de crise. Muito obrigado por todo o suporte nesse tempo todo, que tem sido essencial para minha vida. Amo vocês.

À minha amada esposa Ana Sorema, que mudou minha trajetória existencial. Obrigado pelo amor, pela compreensão e paciência nesse tempo todo. Foi em razão do teu apoio que ingressei no mestrado, e que continuo firme na minha caminhada. Estamos traçando uma linda história juntos. À minha amada e querida filha Carolina, que me inspira a cuidar do outro. Obrigado por me fazer rir e me emocionar todos os dias com a tua presença. Esta dissertação também é dedicada a você, para que possa ser ouvida de forma respeitosa, e existir de forma livre.

Agradeço especialmente à minha orientadora, Valeska Zanello. Foi inspirado na tua paixão pelo ser humano e na tua luta por uma sociedade melhor que eu pude me empenhar na pesquisa. Muito obrigado pelo exemplo de *παρρησία* na vida, e pela atenção e disposição em todos os encontros. A qualidade da tua presença é terapêutica, e os ensinamentos transmitidos me fizeram refletir sobre a minha condição humana e me motivaram a buscar ser uma pessoa melhor. Espero poder continuar percorrendo caminhos de luta dentro em breve.

Aos ouvidores de vozes, usuários e familiares com os quais tive contato nesses mais de cinco anos de atuação na saúde mental. Vocês me convocaram cada vez mais a um cuidado implicado, e me emocionam com a fortaleza de espírito. Esta pesquisa é dedicada principalmente a vocês, para que nunca se calem ou permitam que alguém faça qualquer tipo de julgamento ou impedimento sobre suas formas especiais de ser.

Ao meu irmão Michel Maruyama, pelos incentivos e pelo cuidado de sempre. Você permanece muito presente comigo. Obrigado por tudo.

À querida amiga Tania Inessa, minha supervisora e orientadora de extensão, estágio e pesquisa, que me acolheu e acreditou no meu trabalho na saúde mental. Foi uma grata

satisfação atuar contigo. Obrigado por ter plantado a semente da luta antimanicomial no meu espírito, e por ter me mostrado possíveis caminhos de cuidado – inclusive os que estão na base da motivação para este meu tema de mestrado (*Intervoice*). Obrigado por me fazer acreditar que *Dá pra fazer*.

Aos queridos amigos Girlene e Gustavo, que há mais de cinco anos me acolheram no CAPS, e permitiram que eu fizesse minhas (duas) pesquisas. Obrigado pelos ensinamentos, momentos de alegria, confiança, e por me acolherem nos momentos difíceis. Foi uma enorme satisfação atuar ao lado de vocês, e aprender sobre esse nobre trabalho na saúde mental. Agradeço também às outras amigas e amigos de jornada pelos ensinamentos e pela saudável convivência, Elvana, Maiara, Tatiana, Vilmara, Heloísa, Maria, Janaí, Sandra, Catarina, Fernando, Carmen, Daniela, Fabíola, Rejane, Silvana, Ana, Fabiana, Eusaline, Elaine, Jivago, Carlos, Adriano, Zélio, Gabriel, e Saly.

Às queridas Marcella e Tatiana Lionço, minhas primeiras orientadoras de pesquisa, que despertaram meu interesse por essa fabulosa arte. Ao professor Bizerril, por ter me apresentado possibilidades diferentes de pensar o humano. Ao querido professor Marcos Aurélio, que me acolheu no grupo de *Ser e Tempo*, e me provoca a pensar no ser-existência. Muito obrigado pelas sugestões no meu tema, que com certeza abriram possibilidade para que eu pudesse ampliar as reflexões acerca do cuidado.

À Isabella, Marília, Mariana, Naiara, Aline, e às companheiras e companheiros da pós, que me motivaram a ingressar no mestrado e que me acompanharam em todo o processo de escrita e nas disciplinas; e ao Humberto, companheiro de profissão e da Yoga, que me estimulou a pesquisar com a Valeska. O suporte de vocês foi muito importante para que eu pudesse viver esse tempo com mais leveza e alegria.

Aos amigos Wellington, Juliana, Marina, Alexandre, Cristina, e demais integrantes da Disney/IFEN, pelo suporte e incentivo na minha caminhada, e pelos momentos de discussão e camaradagem na formação que fizemos juntos. Aos professores Alexandre Cabral, Marco Casanova, Gilvan Fogel, Ana Feijoo, Cristine Mattar, Carol Dhein, Ana Camasmie, e Myriam Protasio, pelos incentivos e interesse na minha pesquisa e atuação na saúde mental, e pelos ensinamentos na abordagem fenomenológico-existencial.

Agradeço à Universidade de Brasília/Instituto de Psicologia e a todos os professores que de alguma forma me auxiliaram nessa caminhada. Tenham a certeza de que o trabalho que vocês realizam tem impacto direto nos rumos da nossa sociedade. Torço para que continuem atuando com disposição e dedicação nessa magnífica missão que é a docência.

Fernandes, H.C.D. (2017). *Escutar vozes: da qualificação da experiência ao cuidado na clínica em saúde mental*. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

## RESUMO

Este trabalho tem como tema o fenômeno da alucinação auditiva, considerada pelo horizonte biomédico ocidental moderno como um sintoma de transtorno mental. O enfoque psicopatológico tradicional, presente no sistema público de saúde mental, privilegia o tratamento medicamentoso, e muitas vezes esse tratamento prescinde de uma lida que trabalhe o contexto vivencial, o qual contribuiu para que o sofrimento grave tomasse lugar na existência das pessoas. Mesmo seguindo as prescrições médicas e frequentando as atividades previstas no plano terapêutico, muitas delas continuam escutando vozes, e relatam efeitos colaterais que restringem algumas de suas possibilidades de vir a ser. Desse modo, este estudo se justifica pela necessidade de problematização de uma lógica de cuidado que entende a audição de vozes como sinal de transtorno mental, e que visa a remissão dos sintomas como foco do tratamento. Sem privilegiar outras alternativas de acompanhamento, alguns dos pressupostos da Lei da Saúde Mental de nosso país acabam não sendo seguidos. Além desses aspectos, pesquisas internacionais apontam taxas elevadas de pessoas que escutam vozes na população geral de alguns países, e que não necessariamente realizam tratamento em saúde mental, bem como formas de tratamento eficazes e alternativas à medicalização. Considerando essas questões, o objetivo geral desta dissertação foi investigar a experiência da audição de vozes para além do signo “alucinação auditiva”, tal como tem sido compreendido pela perspectiva biomédica, bem como pensar em formas de acolhimento do fenômeno. Para isso, criou-se um grupo psicoterapêutico específico para o cuidado da alucinação auditiva, em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de uma capital brasileira, e dividiu-se esta dissertação em três artigos. O primeiro deles teve como objetivo problematizar a noção da alucinação como sintoma de doença mental, através de uma contextualização histórica e cultural sobre o fenômeno. O segundo artigo teve o objetivo de analisar as vivências de pessoas que escutam vozes. Para tanto, foram entrevistadas seis mulheres e quatro homens, e a transcrição das entrevistas foi submetida a uma análise de conteúdo. Observou-se que dimensões como a origem e características das vozes, estratégias de lida e suporte familiar, são importantes de serem trabalhados pelos profissionais. No terceiro artigo, buscou-se narrar e refletir sobre as experiências do grupo criado para esta pesquisa no CAPS. Para isso, foram analisados diários de campo confeccionados ao longo dos dezoito meses de funcionamento do grupo. Além de técnicas de manejo que foram utilizadas pelo facilitador, tal artigo apresentou ganhos terapêuticos decorrentes das trocas realizadas entre os integrantes do grupo. Recomenda-se a adoção de grupos nesse formato, para que os serviços de saúde ampliem a capacidade de cuidado. A partir da síntese dos três artigos, conclui-se que é fundamental entendermos que a lógica biomédica é apenas uma possibilidade de compreensão da alucinação. Além disso, há necessidade de que se criem outras formas de lida com o fenômeno, a fim de proporcionar uma maior qualidade de vida e de suporte para ouvintes de vozes, e contribuir não só para a concretização da reforma psiquiátrica brasileira, como para a transformação do estigma da loucura.

**Palavras-chave:** alucinação auditiva, transtorno mental, Centro de Atenção Psicossocial, grupo de ouvintes de vozes, saúde mental.

## ABSTRACT

This work has as its theme the phenomenon of auditory hallucination, considered by the modern western biomedical horizon as a symptom of mental disorder. The traditional psychopathological approach, present in the mental health public system, privileges the treatment with medicine, which often dispenses a work that deals with the experiential context, that contributed to the process of illness. Even following the medical prescriptions and attending the activities planned in the therapeutic plan, many of them continue to listen to voices, and report side effects that restrict some of their possibilities of being. In this way, this study is justified by the need to problematize a care logic that understands the hearing of voices as a sign of mental disorder, and that aims to the remission of symptoms as the focus of treatment. Without favoring other follow-up alternatives, some of the assumptions of the Mental Health Law of our country are not followed. In addition to these aspects, international surveys point to high rates of people who listen to voices in the general population of some countries, who do not necessarily perform mental health treatment, as well as effective and alternative forms of treatment in replacement of medicalization. Considering these questions, the general objective of this dissertation was to investigate the experience of hearing voices beyond the sign "auditory hallucination", as understood by the biomedical perspective, as well as to think of ways of welcoming the phenomenon. For this, a specific psychotherapeutic group was created for the care of the auditory hallucination, in a Psychosocial Attention Center (CAPS) of a Brazilian capital, and this dissertation was divided in three articles. The first one aimed to problematize the notion of hallucination as a symptom of mental illness, through a historical and cultural contextualization about the phenomenon. The second article had the objective of analyze the experiences of people who hear voices. Six women and four men were interviewed, and the transcription of the interviews was submitted to a content analysis. It was observed that dimensions such as the origin and characteristics of voices, coping strategies and family support are important for professionals to work with. In the third article, we sought to describe and reflect about the experiences of the group created for this research in the CAPS. To this end, we analyzed field diaries made during the eighteen months of operation of the group. In addition to psychotherapeutic techniques that were used by the facilitator, this article presented therapeutic factors resulting from the exchanges between the members of the group. It is recommended to the health services to adopt groups in this format to increase the capacity of care. From the synthesis of the three articles, it is concluded that it is fundamental to understand that biomedical logic is only a possibility of understanding the hallucination. In addition, it's necessary to create other ways of dealing with the phenomenon, in order to provide a higher quality of life and support for voice hearers, and contribute not only to the realization of the Brazilian psychiatric reform, but also to the transformation of the stigma of madness.

**Keywords:** auditory hallucination, mental disorder, Psychosocial Attention Center, hearing voices group, mental health.



## LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID-10	Classificação Internacional de Doenças (10ª edição)
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5ª edição)
EA	Experiência anômala
<i>Intervoice</i>	Rede Internacional para Treinamento, Educação e Pesquisa em Audição de Vozes
HVN	Rede de Audição de Vozes
HVM	Movimento de Audição de Vozes
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
OMS/WHO	Organização Mundial da Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>ARTIGO 1 - ALUCINAÇÃO AUDITIVA: SINTOMA DE DOENÇA MENTAL?.....</b>	<b>15</b>
INTRODUÇÃO.....	15
MENSAGENS DE GUIAS DO ESPÍRITO: AUDIÇÃO DE VOZES NA	
ANTIGUIDADE.....	18
SIGNO DE POSSESSÃO DEMONÍACA OU SANTIDADE? AUDIÇÃO DE VOZES NA	
IDADE MÉDIA.....	20
SINTOMA DE DOENÇA MENTAL: AUDIÇÃO DE VOZES NA MODERNIDADE.....	22
O MOVIMENTO DE AUDIÇÃO DE VOZES – HVM.....	33
PARA ALÉM DA LÓGICA BIOMÉDICA: CULTURA E AUDIÇÃO DE VOZES.....	36
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS.....	43
<b>ARTIGO 2 - PARA ALÉM DA “ALUCINAÇÃO AUDITIVA” COMO SINTOMA</b>	
<b>PSIQUIÁTRICO: A EXPERIÊNCIA DA ESCUTA DE VOZES DE FREQUENTADORES</b>	
<b>DE UM CAPS.....</b>	<b>51</b>
INTRODUÇÃO.....	51
MÉTODO.....	54
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	56
“ORIGEM” DAS VOZES.....	56
FENOMENOLOGIA DAS VOZES.....	62
ESTRATÉGIAS DE LIDA.....	66
SUPORTE FAMILIAR.....	70
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS.....	75
<b>ARTIGO 3 – O GRUPO DE OUVIDORES DE VOZES COMO UM DISPOSITIVO DE</b>	
<b>CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>82</b>
INTRODUÇÃO.....	82
A HISTÓRIA DO GRUPO E O MÉTODO DE ANÁLISE.....	84
O FUNCIONAMENTO DO GRUPO.....	87
APRESENTAÇÃO.....	88
TROCAS DE EXPERIÊNCIAS.....	92
FECHAMENTO.....	96
MANEJO TERAPÊUTICO.....	97

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....102  
REFERÊNCIAS..... 104

**CONSIDERAÇÕES FINAIS .....109**  
**REFERÊNCIAS .....112**  
**ANEXO A –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .....113**  
**ANEXO B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA .....114**

## INTRODUÇÃO

A alucinação auditiva – escutar vozes e sons que ninguém mais escuta – ou “audição de vozes” (Romme & Escher, 1989, p.1, tradução nossa) é um fenômeno tematizado desde a Antiguidade (Longden & Waterman, 2012) e, no século passado, passou a ser considerado sintoma de grande valor para o diagnóstico de esquizofrenia (Schneider, 1976). Em nosso país, algumas religiões como o espiritismo, a umbanda, o candomblé, e as pentecostais, acolhem as pessoas que vivenciam experiências alucinatórias, e dão sentidos espirituais diversos, que contribuem para a lida com o fenômeno (Alminhana & Menezes, 2016). Porém, fora do contexto religioso, as alucinações são consideradas sinal de loucura ou adoecimento mental. Quando alguém começa a escutar vozes, e não pertence a nenhuma das religiões citadas, dois caminhos se apresentam: tentar lidar com elas com recursos próprios ou com ajuda de pessoas de confiança, ou buscar suporte de profissionais da área da saúde.

A busca por especialistas da área da saúde costuma acontecer quando o indivíduo não consegue ter controle sobre as vozes, e passa a apresentar grande sofrimento decorrente das manifestações. Elas podem ser fortes a ponto da pessoa quebrar coisas dentro de casa, agredir familiares, abandonar locais de trabalho ou estudo, e até mesmo tentar suicídio. Os locais de saúde destinados ao acolhimento e acompanhamento desses casos são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que foram criados em substituição ao modelo tradicional dos hospitais psiquiátricos (ou manicômios).

No dia-a-dia do CAPS de uma capital brasileira é comum ouvir pacientes relatando suas experiências alucinatórias. Foi em razão delas que passaram a ser chamados de loucos. O tratamento no CAPS é feito com a frequência nas atividades terapêuticas oferecidas pelo serviço e a ingestão de medicamentos que, apesar de em alguns casos contribuir para a redução ou remissão das vozes, acaba trazendo prejuízos neurológicos, sociais, emocionais e

físicos, em razão dos seus efeitos colaterais. Cabe ressaltar que a medicalização é condição indispensável para o tratamento, nesse CAPS, de pacientes que escutam vozes.

Porém, duas dentre as várias questões relatadas por eles se destacaram: que as vozes começaram a incomodá-los após acontecimentos que provocaram emoções ou sentimentos muito fortes, ou que marcaram a vida deles; e que toda vez que lembravam desses acontecimentos, ou que experienciavam situações que os deixavam incomodados, as vozes se manifestavam. Essas questões problematizam a explicação médica de que as vozes sejam decorrentes das doenças mentais que possuem, já que o contexto de vida e situações estressoras contribuíram ou contribuem para as experiências alucinatórias. Apesar de seguirem as prescrições médicas e frequentarem as atividades oferecidas pelo serviço de saúde, muitos deles continuavam sem entender o motivo das vozes não cessarem, ou mesmo da razão de terem começado a ouvi-las.

Diferentemente do Brasil, ao final da década de 1980, na Holanda e Inglaterra, pacientes psiquiátricos que ouviam vozes e profissionais passaram a tratar o fenômeno de forma alternativa à lógica biomédica e obtiveram resultados melhores em comparação ao modelo tradicional (que tinha a medicalização como foco). Esse novo modelo tinha como dispositivo principal a reunião de pessoas que escutavam vozes em grupos de apoio destinados à compreensão das experiências alucinatórias. Com isso, formou-se o Movimento Internacional de Audição de Vozes (HVM), que se expandiu para vários países europeus, e posteriormente formou núcleos na Ásia, Oceania e América do Norte (Corstens, Longden, McCarthy-Jones, Waddingham & Thomas, 2014).

Foi pensando nessas questões e na necessidade de explorar possibilidades de compreensão da alucinação auditiva, que decidiu-se por criar um grupo psicoterapêutico destinado ao manejo desse fenômeno no CAPS dessa capital brasileira, e por realizar esta dissertação. O objetivo principal deste estudo foi investigar a experiência da audição de vozes

para além do signo “alucinação auditiva”, tal como tem sido compreendido pela perspectiva biomédica, bem como pensar em formas de acolhimento do fenômeno. Para isso, ele foi dividido em três artigos.

O primeiro deles se refere a uma contextualização histórica e cultural da alucinação auditiva, e teve como objetivo problematizar a noção da alucinação como sintoma de patologia mental - atribuída pela medicina moderna ocidental. Procurou-se apresentar como o fenômeno foi compreendido desde a Antiguidade, com a demarcação de eventos importantes para podermos ampliar o campo de visão sobre ele, além de uma apresentação do Movimento Internacional de Audição de Vozes, e de culturas que acolhem e valorizam essas experiências.

No segundo artigo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com seis mulheres e quatro homens que escutam vozes e faziam tratamento no CAPS. A partir da transcrição dessas entrevistas, foi realizada uma análise de conteúdo (Bardin, 2016). Foram levantadas as seguintes categorias: “origem das vozes”, “fenomenologia das vozes”, “estratégias de lida”, e “suporte familiar”. O objetivo foi de analisar experiências dessas pessoas, de modo a contribuir para reflexões sobre novas formas de compreensão e cuidado em relação à alucinação.

O terceiro artigo teve como tema o grupo psicoterapêutico criado no CAPS, chamado de “grupo de ouvintes de vozes”, que se desenvolveu a partir de alguns pressupostos estabelecidos pela metodologia do HVM. O objetivo foi de analisar experiências desse grupo, para pensarmos na importância desse dispositivo no tratamento em saúde mental. Para a análise, utilizou-se diários de campo confeccionados pelo pesquisador ao longo de dezoito meses. O artigo buscou apresentar momentos da atividade que promoveram ganhos terapêuticos, e de que forma o manejo do grupo foi realizado pelo facilitador.

Por meio desses três artigos, acreditamos ser possível a adoção de estratégias que tenham como proposta a qualificação da voz do usuário do sistema público de saúde mental.

Além disso, esperamos que este estudo desperte o olhar para novas dimensões de cuidado nesse campo, e que outras pesquisas dedicadas ao aprofundamento dos temas tratados sejam realizadas.

## Alucinação auditiva: sintoma de doença mental?

### Resumo

Este artigo tem como tema o fenômeno da alucinação auditiva, considerada pelo horizonte biomédico ocidental como um sintoma de transtorno mental. O objetivo foi fazer uma contextualização histórica e cultural sobre esse fenômeno e, por meio dela, problematizar essa noção de patologia. Na Antiguidade, as alucinações auditivas eram um meio de comunicação com as divindades; na Idade Média, foram relacionadas à espiritualidade (bruxaria ou santidade); porém, a partir da Modernidade, o fenômeno passou a ser visto como sintoma de doença mental. Considerando que personalidades históricas ouviam vozes, utilizando-as como guias para o fazer político, e que, atualmente, muitas pessoas convivem com elas sem serem consideradas loucas ou precisarem de tratamento de saúde, é necessário problematizar a noção biomédica de alucinação auditiva. Isso porque muitas pessoas que estão em sofrimento grave e buscam tratamento no sistema de saúde público não conseguem compreender a vivência com as vozes e acabam sendo medicadas de forma excessiva, passando a sofrer também em razão dos efeitos colaterais dos remédios. Desta forma, é fundamental entendermos que a lógica biomédica é apenas uma forma de compreensão da alucinação e que outras devem ser consideradas, a fim de proporcionar a criação de possibilidades de existência e convivência do próprio sujeito com sua experiência.

**Palavras-chave:** alucinação auditiva; vozes; transtorno mental; loucura.

A experiência de ouvir vozes (que ninguém mais ouve) é entendida pelas sociedades modernas no Ocidente<sup>1</sup> como sintoma de doença mental (Bauer *et al.*, 2011). Ela constitui o espectro da esquizofrenia, conforme a *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10* (Organização Mundial da Saúde, 1993) e o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5* (American Psychiatric Association, 2014), além de estar associada a outros quadros psicopatológicos – como os transtornos de humor, de estresse pós-traumático, *borderline* e de abuso de substâncias – e a transtornos neurológicos – como epilepsia, demência e mal de Parkinson (Larøi, 2012).

Popularmente, tal fenômeno possui diversos sentidos, entre eles, o de dom espiritual, sinal de loucura ou possessão demoníaca. Ele pode se manifestar como imagens mentais auditivas, pensamentos vívidos e intrusivos, e percepções de ouvir vozes e sons (Johns *et al.*,

---

<sup>1</sup> Consideramos o mundo do Ocidente dentro da ideia de Menezes Bastos (2011): “uma chave de leitura, tendo no Iluminismo com a sua entronização da razão, seu ponto nevrálgico. Trata-se de um Ocidente limitado e sem lócus territorial (pode manifestar-se em Tóquio, São Paulo, Paris)” (p. 8).



2014). Pode haver, também, a sensação de que as vozes sejam geradas por uma outra entidade (Thomas *et al.*, 2014). De qualquer forma, é o aspecto da alteridade, nas vivências com as vozes, que as torna tão convincentes – é uma experiência genuína de “estar sendo comunicado” (Ford *et al.*, 2014, p. S298, tradução nossa).

O DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) define alucinação auditiva como percepção que ocorre sem estímulo externo, distinta do pensamento. O termo “alucinação” foi popularizado por Esquirol em 1838 (Paim, 1993), e tem uma etimologia polêmica. Significa “a ação e efeito de alucinar” (Echegaray, 1887, p. 260, tradução nossa). Lewis e Short (1891) afirmaram que Cícero (1967) foi o primeiro a utilizá-lo, com a palavra *halucinatus*: “*Ista enim a vobis quasi dictata redduntur quae Epicurus oscitans halucinatus*”<sup>2</sup> (p. 68).

Alucinação vem do latim *ālūcīnātio*: “vaguear da mente, devaneio” (Lewis e Short, 1891, p. 212, tradução nossa). O termo alucinar vem do grego *ἀλύω*, e foi traduzido para o latim como “*ālūcīnor*”, do infinitivo *ālūcīnārī* (Lewis e Short, 1891). Significa “aberto” – desvio da normalidade –, “delírio”, “insanidade”, “não seguir nenhuma linha de raciocínio”, “divagar livremente” (p. 212, tradução nossa). Já Nascentes (1955) afirmou que “alucinar” vem do latim “*alucinare*” e significa “enganar” (p. 23). Echegaray (1887) decompôs a palavra do latim *alucīnārī* em “*ad*” e “*lucīnārī*”, que significa “a ponto de iluminar/brilhar” (p. 261, tradução nossa). E Barcia afirmou que alucinar vem do grego “*ἀλλυσσω* (*alussō*), ter o espírito extraviado” (Echegaray, 1887, p. 261, tradução nossa).

Atualmente, a alucinação é tratada dentro do modelo da causalidade genética, dominante na psiquiatria (Fleming e Martin, 2011), por meio de medicações que visam sua remissão. A medicação possibilita que muitas pessoas vivam sem necessitarem de internação, mas muitos frequentadores de Centros de Atenção Psicossocial<sup>3</sup> (CAPS) que usam antipsicóticos relatam que continuam ouvindo vozes. Dependendo da dosagem e do tempo de

<sup>2</sup> "O fato é que vocês, pessoas, se limitam a repetir mecanicamente essas afirmações que Epicuro pronunciou em suas visões alucinatórias em sonho" (tradução nossa).

<sup>3</sup>Serviço substitutivo ao manicômio. Mais informações: [www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)

uso, as medicações provocam problemas como ganho de peso, hiperlipidemia, disfunção cardíaca e sexual, catarata e *diabetes mellitus* – doença que, em pesquisa realizada no Texas (EUA), afetou, em um ano, 6.9% dos 332 pacientes acompanhados (Lambert, Laurel, Sampson, & Duffy, 2006).

Esses fatores podem não só agravar o sofrimento, como também modificar as experiências sintomáticas, o que leva alguns pesquisadores a crerem que o modelo biológico da psiquiatria tem um prognóstico ruim e é insuficiente nos parâmetros de recuperação (Fleming & Martin, 2011). É necessário, então, problematizar a forma como o tratamento medicamentoso vem sendo conduzido e entender que elementos como o contexto de vida e o ambiente social e familiar devem ser explorados, já que eles têm uma importante relação com a saúde mental das pessoas que escutam vozes (Thomas *et al.*, 2014).

Neste estudo, a expressão “audição de vozes” também será utilizada, pois, além de se aproximar da forma como o fenômeno é captado, é um termo frequentemente utilizado pela literatura especializada na temática (Kapur *et al.*, 2014). Embora associadas a diagnósticos neurológicos e psiquiátricos, experiências de audição de vozes são vivenciadas por pessoas que não precisam de cuidados de profissionais da saúde (Johns *et al.*, 2014). Essas pessoas são consideradas ouvintes de vozes “não-clínicos” ou “não-pacientes” (Larøi, 2012, p. 2, tradução nossa) e fazem parte de taxas de ouvintes de vozes da população geral de alguns países, que variam de 0,6% a 31,4% (Beavan, Read, & Cartwright, 2011; Cangas, Langer, & Moriana, 2011; De Loore *et al.*, 2011; Kelleher *et al.*, 2012; Kråkvik *et al.*, 2015; Nuevo *et al.*, 2012).

Ao longo da história do Ocidente, a audição de vozes nem sempre foi compreendida como sintoma de transtorno mental, tendo recebido diferentes sentidos, de acordo com os períodos e as culturas, como veremos a seguir.

## Mensagens de guias do espírito: audição de vozes na Antiguidade

Segundo Jaynes (2000), até 1300 a.C., a experiência de audição de vozes era muito comum e servia para orientar as pessoas a tomarem decisões. A obra “Ilíada”, de Homero, exemplifica essa afirmação. Este poema se constitui “no arquétipo da época ocidental” (Brandão, 1986, p. 119), por meio do qual são transmitidos significados do século XIII ao século VIII a.C., e é repleto de diálogos entre homens envolvidos na Guerra de Tróia e deuses que elaboravam suas estratégias e os encorajavam a irem às batalhas. Na Grécia antiga, a audição de vozes era uma questão central para o funcionamento do(s) oráculo(s), que atraiu estados e pessoas em busca de orientações divinas (Smith, 2008).

Fazendo referência a pesquisas de Sandra Escher, Baker (2009) afirmou que a audição de vozes também foi registrada entre os egípcios, romanos e babilônios. Vozes com conteúdos positivos eram frequentes e, como os gregos, esses povos acreditavam que, em locais sagrados, seria possível obter orientações divinas para decisões importantes. Tempos depois, tornou-se comum aos sacerdotes fazer a mediação das mensagens divinas de formas variadas, e, ainda nos dias atuais, vigora a ideia de as vozes serem mensagens de guias espirituais.

No cenário grego, Sócrates foi um dos primeiros filósofos a relatar que escutava vozes. Ele afirmou que ouvia um *daimon*, termo que foi entendido como uma “manifestação genérica do divino” (Costa, 2001, p. 101), sendo que, nessa cultura, não foi registrado nenhum ritual específico dirigido a ele. O *daimon* se manifestava através de uma voz, considerada a voz da sabedoria, e também um guia pessoal útil, diferente dos pensamentos – pois tinha uma qualidade sensória verbal (Platão, 2000, 2002; Xenofonte, 2008). O *daimon* tinha uma atuação benéfica no intuito de viabilizar algumas situações e impedir a ocorrência de outras (Smith, 2008). Ainda assim, Sócrates sabia que poderia ter problemas com esse tipo de experiência e registrou que ela poderia ser confundida com loucura (Baker, 2009).

Outro grego a ser destacado é Aristóteles. Ao teorizar sobre sonhos, ele afirmou que “a faculdade pela qual, nas horas de vigília, estamos sujeitos a ilusão, quando afetados pela doença, é idêntica ao que produz efeitos ilusórios no sono” (2015, p. 3). A palavra “doença”, nesse texto, faz referência à cólera, melancolia ou febre (que pode se manifestar como um estado delirante). O termo ilusão se refere a percepções distorcidas de objetos, captadas pelos sentidos, que podem ser influenciadas pelas emoções das pessoas. Assim, segundo o filósofo, experiências de visões e audição de vozes poderiam acontecer com qualquer ser humano.

No cenário romano, dois reinados foram marcados pelo que Castro (1889) chamou de “alucinações sistemáticas” (p. 50): o de Tibério e o de Nero. No primeiro, houve uma enorme proliferação do messianismo, inspirada na teoria que previa a vinda do Cristo salvador e que foi repleta de mitos e comportamentos exaltados. No de Nero, e por vários anos, a expectativa da vinda de um anticristo e o fanatismo religioso fizeram surgir o fanatismo judaico, que dominou as classes e suspendeu a vida pública, criando em todo o país um clima de loucura. As pessoas viviam em estados alucinatórios constantes e espalhavam rumores de visões de espadas e cometas nos céus, batalhas nas nuvens e luzes brilhando à noite (Castro, 1889).

Nas tradições cristã e hebraica, a palavra, entendida como som, estabeleceu uma presença pessoal da divindade, e assim articulou um sentido religioso imediato, ou seja, uma condição de envolvimento da pessoa com a situação presente de Deus (Ong, 2000). Foram escritas, na Bíblia (1993), diversas passagens sobre a comunicação humana com Deus, no Antigo e no Novo Testamento, nas mais diversas formas: vozes, sinais, visões e mensagens de anjos, como aconteceu com Abraão, Jacó, Moisés, Maria e o apóstolo Paulo.

Santo Agostinho procurou explicar essa forma de comunicação ao tecer considerações sobre as visões místicas de Paulo, a partir da leitura do mandamento “Amarás ao teu próximo como a ti mesmo” (Sarbin & Juhasz, 1967, p. 340, tradução nossa). Dividiu-as em três níveis: o corpóreo, quando vemos a palavra (nível físico); o espiritual, quando a imagem do próximo

é vista sem ele estar lá (nível imaginativo); e o intelectual, quando entendemos e “vemos” o conceito de amor. O teólogo enfatizou que a divindade não era algo corpóreo e que a aproximação a ela se daria por meio dos outros dois aspectos. Em razão disso, os místicos avaliavam a pertinência da visão conforme seu nível (Sarbin & Juhasz, 1967).

Na Antiguidade, portanto, as alucinações não significavam sinal de adoecimento mental ou loucura<sup>4</sup>, mas, no período histórico que se sucedeu, elas ganharam outros sentidos.

### **Signo de possessão demoníaca ou santidade? Audição de vozes na Idade Média**

A Idade Média<sup>5</sup> foi um período marcado pela expansão do cristianismo, que estruturou a vida de grande parte das sociedades europeias (Le Goff, 2013). A doutrina cristã recebeu a influência de líderes religiosos que ouviam vozes – como Martinho Lutero, Teresa de Ávila, Francisco de Assis, Joana d’Arc, Santo Agostinho e São Tomás de Aquino – e de experiências alucinatórias que eles tiveram (Smith, 2008).

A audição de vozes foi uma questão que começou a ganhar maior visibilidade a partir do século XI, quando toda a Europa foi assolada por um grande terror, ocasionado pela crença no fim do mundo. As Cruzadas se iniciaram e, no século XII, provocaram grande entusiasmo entre os adultos e as crianças, com o “missionismo heróico” (Castro, 1889, p. 51). Meninas e meninos se embrenharam em territórios, incitados por vozes e visões sobrenaturais, a mando de Deus, pregando guerra aos infiéis. Nos séculos seguintes, continuaram sendo vistas na Europa grandes epidemias de pessoas sofrendo com alucinações.

---

<sup>4</sup> Para os gregos, a loucura significava *hybris*: perda da medida, ultrapassagem do *métron*, “desatenção do homem às limitações e às fragilidades próprias ao ser humano” (Feijoo, 2016, p. 7).

<sup>5</sup> Considerando os diferentes acontecimentos que poderiam marcar o início deste período histórico, como, por exemplo, a oficialização da religião cristã, em 392, e a tomada do Império Romano do Ocidente, em 476 (Franco Júnior, 2001), optou-se por eleger, neste estudo, o período em que a Igreja passou a deter o monopólio da cultura intelectual, questão que se deu no século V (Le Goff, 2013).

No século XIII, Tomás de Aquino (2001) instituiu a diferença entre percepções falsas e normais, e afirmou que visões eram fenômenos naturais provocados pelo demônio ou por Deus, o mesmo acontecendo com vozes. Sobre as vozes: “são divinamente formadas para expressar algo divino; como aconteceu no batismo, em que o Espírito Santo foi visto em forma de pomba, e se ouviu a voz do Pai: este é o meu filho amado” (Tomás de Aquino, 2001, p. 180, tradução nossa). O teólogo influenciou a Igreja Católica a interpretar alguns desses fenômenos como feitiçaria/bruxaria (Pessoti, 1994). Isso porque, diferentemente dos místicos, os escolásticos avaliavam a pertinência da visão segundo seu conteúdo e fonte, ou seja, se ela vinha e tinha a ver com o imaginário de reinos celestiais ou infernais (Sarbin e Juhasz, 1967).

Segundo Castro (1889), ao final do século XIV, o fenômeno da audição de vozes foi mais frequente na França. Em Lausanne e Berna, muitas pessoas que tinham visões e ouviam vozes afirmaram, diante dos tribunais, que pactuaram com o demônio e se alimentaram de carne humana. Em Artois, mais de 90 mulheres foram condenadas e queimadas por conta das alucinações. O tribunal da Inquisição foi responsável não só por levar à morte pessoas que confessavam crimes que não haviam cometido (influenciadas pelas vozes e visões), como contribuiu para produzir mais alucinações e alucinados.

Dessa forma, com a escolástica, que era a corrente dominante nas universidades medievais (Mackay, 2009), a Igreja Católica reivindicou o direito de julgar e classificar pessoas que ouviam vozes. Procurou fazer isso de acordo com quatro categorias: possessão, bruxaria, heresia e canonização (Baker, 2009). Havia, portanto, duas possibilidades para essas pessoas: a condenação ou a salvação. Muitas foram consideradas anormais, seguindo a lógica de Tomás de Aquino (2001). Os que eram dissidentes do cristianismo foram considerados loucos possuídos pelo demônio, perseguidos e condenados (Esquinsani e Dametto, 2012).

Joana d’Arc passou por esse processo. Entre todos os personagens que ouviam vozes, é a mais documentada (Amaral, 2012). Aos doze anos de idade, Joana d’Arc recebeu uma

mensagem dos céus, de que deveria libertar seu povo dos ingleses e salvar seu país. Passou a ouvir vozes e ter visões de santos. Aos dezoito anos, Joana se apresentou ao delfim Carlos VII; convenceu-o de que lutaria contra os ingleses na Guerra dos Cem Anos e o conduziria ao trono da França. Liderou suas tropas e foi vitoriosa em inúmeras batalhas, tendo também as vozes e visões como suporte, inclusive quando foi gravemente ferida (Michelet, 2007).

Ao ser capturada pelos ingleses, Joana foi acusada de bruxaria e de ter sido possuída pelo demônio, e um tribunal composto por teólogos e doutores ficou encarregado de julgá-la. No decorrer do processo, ela foi, também, considerada herege, por não ter se submetido a determinações da Igreja – como vestir roupa de mulher e ser obediente aos pais (Michelet, 2007). Foi condenada e queimada na fogueira. No século XIX, a Igreja Católica atribuiu causa divina aos seus feitos, reconhecendo o erro e retirando a condenação. Passou, então, a culpabilizar o clero inglês por ter misturado assuntos de fé com questões políticas. Sua canonização aconteceu em 1920, quase cinco séculos após sua morte (Amaral, 2012).

Joana d'Arc, na Idade Média, e Sócrates, na Idade Antiga, foram submetidos a dois tipos de julgamentos, cada um conforme as características de sua época: no grego, ele foi político, enquanto, no medieval, foi teológico. Na Modernidade, temos um novo tipo de julgamento: a audição de vozes como sintoma de doença.

### **Sintoma de doença mental: audição de vozes na Modernidade**

O século XVI é marcado por uma crise no pensamento filosófico europeu. O método de investigação da realidade se modifica por meio de duas correntes (Calloni, 2006): o empirismo inaugurado por Bacon e reforçado pelas descobertas de Galilei, Copérnico, e Kepler (século XVI); e a descoberta de Newton e o racionalismo idealista de Descartes (século XVII). Com isso, a Modernidade tem início, e, com ela, uma obra que, segundo

Sarbin e Juhasz (1967), marca a compreensão das alucinações não mais dentro de uma lógica religiosa, mas como doença: “O castelo interior”, de Teresa de Ávila (1577/1921).

A santa afirmou que Deus se comunicaria conosco através de uma voz, que poderia vir da alma, de fora, de cima, ou ser tão exterior que seria ouvida como uma voz real. Na maior parte das vezes, era somente uma fantasia, especialmente “com pessoas de uma imaginação muito viva ou que estão afligidos com melancolia” (1577/1921, p. 104, tradução nossa). Teresa recomendou que nenhuma atenção devesse ser dada a essas pessoas. Não se falaria que a voz era do diabo; o certo seria ouvi-las como pessoas doentes, encorajando-as a aumentarem as orações e a largarem suas “fantasias” (p. 104, tradução nossa). Assim ela fundou um manejo para a questão, que ainda é praticado por líderes religiosos cristãos.

A estratégia utilizada por Teresa<sup>6</sup> teve como intuito proteger as freiras que escutavam vozes – ou que vivenciavam alguma outra experiência sobrenatural – da Inquisição (Sarbin & Juhasz, 1967). Desse modo, ela contribuiu para retirar o protagonismo da Inquisição nos julgamentos, juntamente com outras autoridades religiosas e leigas que reivindicavam o desmantelamento do tribunal. No entanto, outro personagem é nomeado para tomar as decisões no julgamento: o médico. Assim, Teresa contribuiu para trazer a ciência para o centro das explicações sobre as experiências sobrenaturais e deixar a Igreja em um segundo plano.

A partir daí, ocorreram duas consequências negativas: a) as “doenças da alma” passaram a ser compreendidas e analisadas em analogia direta com as do corpo, o que levou ao b) aumento da demanda por médicos para o tratamento das doenças “imaginárias”. Formados dentro de uma lógica Greco-Latina de medicina, com fundamentos de Hipócrates e Galeno, esses médicos passaram a buscar termos objetivos para descreverem as “doenças”,

---

<sup>6</sup> Além de ouvir vozes, Teresa relatou seus estados doentios, que foram considerados, tempos depois, por alguns pesquisadores, como crises de histeria. Sua santidade também foi questionada, como pode ser visto em: [bibliotecadigital.jcyl.es/i18n/catalogo\\_imagenes/grupo.cmd?path=10119868](http://bibliotecadigital.jcyl.es/i18n/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=10119868)



traçar os diagnósticos e medicar. Com a modificação do sistema de linguagem para a explicação da realidade (e a perda da linguagem metafórica<sup>7</sup>), termos teológicos utilizados pela Inquisição e pela religião – como satânico, divino, mais baixo, elevado – foram substituídos por uma terminologia científica, como *doente*, *enfermo*, *ineficiente*, *erro*, entre outros (Sarbin & Juhasz, 1967).

Nos séculos XVI e XVII, várias teorizações sobre experiências alucinatórias foram feitas, destacando-se a do clérigo Lavater, em 1572. Ele as descreveu não só como percepções sem estímulo externo, mas também como erros de percepção frente a estímulos existentes<sup>8</sup> (Hunter & Macalpine, 1963). No século XVIII, temos adições na forma de compreender essas experiências, segundo Berrios (1996): Hartley explicou-as através de uma neurofisiologia vibratória; Dufour sugeriu que um engano dos sentidos podia causar delírios; Crichton afirmou que eles eram ocasionados também pela concorrência de outras doenças; e Nicolai, por meio do relato de suas alucinações, instigou os alienistas sobre o caráter de insanidade dessas experiências.

Ainda no século XVIII, surge um novo tratamento para os “doentes”: a internação asilar, promovida por Battie em Londres, Chiarugi em Florença e Pinel em Paris. Com isso, o número de pacientes em asilos aumentou, e foi possível ao médico traçar um panorama claro da insanidade (Smith, 2008). A legitimação de tal sistema consolidou as práticas manicomiais no século XIX, época em que a psiquiatria surgiu como especialidade (Foucault, 1991). O psiquiatra passa, então, a ser o responsável pelos doentes mentais e seu tratamento.

Esquirol (aluno de Pinel) foi o primeiro professor de medicina mental, quando ministrou um curso em 1817 – ano em que lançou o termo alucinação (Paim, 1993). Sobre esse fenômeno, Esquirol (1965) afirmou: “uma pessoa é dita se enganar com uma alucinação,

<sup>7</sup> Sobre outras informações da noção metafórica, ver Zanello (2007): [www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722007000100017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722007000100017&script=sci_arttext); e Zanello e Martins (2010): [www.scielo.br/pdf/pe/v15n1/a20v15n1](http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n1/a20v15n1).

<sup>8</sup> Essas definições foram retomadas no século XIX, pela psiquiatria, e são utilizadas até hoje. O DSM-5 (APA, 2014) utiliza a primeira ideia para o conceito de alucinação e a segunda para descrever o conceito de ilusão.

ou ser um visionário, quando tem uma convicção profunda da percepção de uma sensação, quando nenhum objeto externo, adequado para excitar essa sensação, impressiona os sentidos” (p. 93, tradução nossa).

Alexis Berbiguier, em 1821, publicou uma obra em que discutiu complexas experiências delirantes e alucinatórias, e que se tornou paradigmática para as alucinações patológicas (Berrios, 1996). François Leuret, aluno de Esquirol, discordou de seu mestre quanto à ideia de que as alucinações ocorreriam também com pessoas dotadas de grande razão, pensamento vigoroso e força de entendimento (Esquirol, 1965). Por meio da análise de personagens históricos como Ezequiel, Teresa de Ávila e Moisés, Leuret afirmou que as alucinações são, necessariamente, uma condição patológica, concluindo que eles eram insanos (Smith, 2008).

Louis Lélut, em 1834, mostrou que não havia uma linha clara que dividia loucura e sanidade, comparando manifestações humanas extremas de medo, desespero, amor e raiva, com insanidade. Discordou de Leuret quanto ao caráter patológico das alucinações e afirmou que eram pouco frequentes por não serem estimuladas pelo contexto cultural. Para isso, ele também analisou personalidades históricas, como Pascal, Maomé, Teresa de Ávila e Sócrates (James, 1995). Porém, dois anos depois, publicou outra obra, que contrariou o que havia escrito; afirmou que Sócrates não era diferente de seus pacientes: “um louco, esta é a única opinião verdadeira” (Lélut, 1836, p. 43, tradução nossa).

A década de 1840 envolveu uma série de trabalhos e debates, em razão de um concurso promovido pela Academia Real de Medicina de Paris, em 1844. Baillarger apresentou um artigo classificando as alucinações em diversos tipos, e destacou as auditivas como as mais frequentes (Telles-Correia, Moreira, & Gonçalves, 2015). Dois anos depois, ele afirmou que existiam dois tipos de alucinação: a psicológica, que não dependia dos órgãos dos sentidos, e a psicossensorial, que era decorrente de uma combinação entre esses órgãos e a

imaginação. Para que as alucinações fossem produzidas, eram necessárias três condições: “o exercício involuntário da memória da imaginação; a suspensão das impressões externas; e a excitação interna dos aparelhos sensoriais” (Baillarger, 1846, p. 426, tradução nossa).

Michéa também participou do referido concurso e publicou sua obra em 1846. Criticou Baillarger quanto à ideia de alucinação psicológica, por parecer um termo vicioso, mais próximo do senso comum, e longe de alcançar o significado científico dado por Esquirol. A definição de alucinação dada por ele foi próxima à de Esquirol: percepções que tinham origem sem que os excitantes habituais estivessem presentes. Acreditava também que as alucinações eram uma transformação da imaginação e memória em algo que se assemelhava a uma percepção sensorial, na maior parte das vezes involuntária (Michéa, 1851).

Em 1845, Boismont discordou de Lélut e Leuret, e não quis analisar as alucinações em um plano clínico, pois o tema era grave e merecia uma discussão mais ampla. Afirmou que, se as alucinações tivessem que ser consideradas como produtos de uma imaginação delirante, ou como patologia, então as crenças cristãs – fonte motivacional para grupos sociais e indivíduos –, as crenças populares, e os trabalhos sagrados seriam todos considerados descartáveis. Para Boismont (1859), as alucinações tinham como materiais exclusivos os objetos sensíveis, e qualquer coisa que afetasse a mente de forma muito intensa “poderia, sob certas circunstâncias, produzir uma imagem, um som, um odor, etc.” (p. 5, tradução nossa).

Maury criticou a obra de Boismont, com um artigo publicado em 1845 na revista *Anais Médico-Psicológicos* (Séginger, 2011, p. 2), por considerar que Boismont havia envolvido fisiologia com assuntos religiosos. Considerou que as alucinações religiosas devem ser estudadas somente pela religião. Defensor dos trabalhos de Pinel e Esquirol, Maury também acreditava numa possível interação entre os aspectos físicos e morais, e afirmou que esse tipo de relação não havia sido estudada de forma suficiente. Entre 1845 e 1857, ele

publicou diversos artigos na referida revista, sobre alienação mental, alucinação religiosa e sonhos.

Em decorrência da polêmica gerada em torno das diferentes noções dadas às alucinações até aquele momento, a Sociedade Médico-Psicológica de Paris realizou um ciclo de debates para solucionar a questão. Segundo Paim (1993), médicos renomados participaram dos eventos, como Falret, Buchy, Lauret, Boismont e Baillarger. Várias questões foram discutidas, como o caráter de normalidade, a relação entre imagem, alucinação e sensação, a similaridade entre sonhos, transe e alucinações, ou mesmo se elas tinham origem psicológica. Apesar da conclusão de alguns alienistas, o nível das discussões ficou mais num plano teórico, e o ciclo se encerrou sem um resultado conclusivo (Berrios, 1996).

A partir da segunda metade do século XIX, a psiquiatria francesa não dominava mais o cenário europeu, e teóricos de outros países começaram a se destacar. Em 1867, Griesinger (1882) afirmou que alucinações seriam “imagens sensoriais subjetivas, que, no entanto, são projetadas para fora, e assim tornam-se, aparentemente, objetos e realidades” (p. 59, tradução nossa). Com isso, elaborou um mecanismo de funcionamento que foi desenvolvido pela psicanálise tempos depois, e ainda é utilizado – a projeção. Tamburini, em 1881, questionou a noção da escola francesa acerca da origem das alucinações (predominantemente psicológica). Afirmou que elas eram resultantes de excitações dos centros cerebrais que formavam as imagens e outras sensações, e assim abriu uma nova possibilidade de compreensão do fenômeno, recebendo apoio de muitos neurologistas (Telles-Correia *et al.*, 2015).

No entanto, Tamburini recebeu diversas críticas, como a de ter traçado um processo mecânico para as alucinações, feita por Henri Ey (Berrios, 1996). Explicando as alucinações como fenômeno neurológico, Tamburini contribuiu para desvincular o caráter de historicidade do paciente do seu funcionamento cerebral. Também dentro de uma perspectiva neuropsiquiátrica, Parish (1897) afirmou que ilusões e alucinações podem ser designadas por

percepções enganosas e dependiam de caminhos aferentes e eferentes no cérebro. Em caso de falta de comunicação entre qualquer região cerebral sensória, tanto central quanto periférica, elas poderiam ocorrer – tanto em pessoas normais quanto nos insanos. Para isso, realizou uma pesquisa empírica envolvendo países da América e da Europa (Berrios, 1996).

Dois trabalhos publicados no final do século XIX procuraram sair desse enfoque neurológico. Gurney, em 1886, realizou uma pesquisa experimental, relacionando telepatia, alucinações e amostras “normais” da população que alucinavam. Procurou tematizar bruxaria, magia, hipnose e religião, sem desconsiderar o caráter patológico de algumas manifestações (Gurney, 1918). O outro trabalho foi de Tito Lívio de Castro (1889), que considerou a alucinação como fenômeno psicofísico. Ele afirmou que qualquer pessoa pode manifestar alucinações, sob influência de determinadas causas, que não alterariam seu estado fisiológico. Porém, diferenciou-as das patológicas – presentes em estados epiléticos e histéricos, que se modificavam sob influência das alucinações.

Mesmo trabalhando com a noção biomédica, Castro (1889) apresentou uma visão original e diferente das outras. 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 e de uma raça, emprestando-lhes elementos originais. O teórico procurou ilustrar essa afirmação apresentando alguns casos, como o de um padre alucinado que via um demônio atizando-o de forma pecaminosa, com imagens de mulheres nuas.

Outro exemplo citado por Castro (1889) foi o caso de um homem que relatou estar com sapos no estômago. Muito irritado pelas contestações de algumas pessoas que o ouviam, ele “levou a mão à boca para receber os sapos regurgitados e fez o gesto de arremessá-los ao rosto de seus contraditores” (p. 128) – o que nos remete à noção da alucinação como metáfora. Castro problematizou também a diferença de gênero, ao afirmar que as alucinações

das mulheres históricas tinham relação não só com a posição social que elas ocupavam, à época, como também com a educação que receberam desde cedo – inclusive a religiosa.

Apesar de essas obras terem contribuído para ampliar a compreensão sobre as alucinações, não tiveram tanta consistência no cenário europeu quanto a escola alemã, que se tornou a principal referência, a partir de Griesinger – com sua noção de patologias cerebrais – e Kahlbaum – com um novo sistema de nosologia clínica (Louzã Neto & Elkis, 2007). Mas foi Kraepelin quem contribuiu para firmar de vez as alucinações como sintomas de patologia, com aceitação internacional. A partir da quarta edição de seu manual de psiquiatria, em 1893, Kraepelin afirmou que elas eram sintomas característicos e prelúdios da *dementia praecox* (Louzã Neto & Elkis, 2007), juntamente com os delírios (Kraepelin, 1904/1968).

Sobre as alucinações, Kraepelin (1907) afirmou que “mais importante que a ausência de experiência sensorial, é a sua falsificação” (p. 3, tradução nossa). Ele embasou seus argumentos em uma causalidade neurológica, e assim as alucinações significavam problemas nos órgãos dos sentidos e nervos aferentes e eferentes. Considerou também que a forma das alucinações correspondia ao tipo de doença mental. As auditivas eram as mais frequentes e importantes, por residirem no papel fundamental que a linguagem exerce em nossa vida psíquica: “as vozes geralmente têm uma íntima relação com o conteúdo da consciência [...] elas são expressões linguísticas dos pensamentos mais íntimos” (p. 11, tradução nossa). Além disso, tinham muita influência nos estados emocionais das pessoas, provocando excitação, angústia, ou ataques de raiva.

Em 1911, Bleuler deixou de lado o termo *dementia praecox* de Kraepelin, pois “precoce” e “demência” não seriam termos aplicáveis a todos os pacientes. Preferiu a palavra *esquizofrenia*, por carregar a ideia de “divisão de diferentes funções psíquicas” (Bleuler, 1969, p. 8, tradução nossa). Assim como Kraepelin, ele afirmou que seus sintomas mais característicos seriam as alucinações e os delírios, estando os comportamentos, queixas e

estados emocionais relacionados direta ou indiretamente com eles. As formas mais comuns de alucinações eram as auditivas, com a ocorrência de vozes, que diziam respeito a todas as transformações do mundo exterior e aos medos dos pacientes. Elas correspondiam também às “modulações afetivas” da doença, ou seja, o depressivo escutava conteúdos catastróficos, os religiosos se comunicavam com os anjos e Deus, e assim por diante.

Bleuler ampliou as categorias, centrando seus esforços na sintomatologia – questão que influenciou de forma marcante a nosologia psiquiátrica. Porém, a forma de interpretar as alucinações – isto é, considerando as especificidades da vida dos pacientes –, juntamente com as outras que ele traçou sobre a esquizofrenia, tiveram a influência de Freud. O suíço considerou que, para que o campo da psicopatologia fosse ampliado e desenvolvido, seria necessário aplicar as ideias freudianas à esquizofrenia (Bleuler, 1969). Uma dentre as obras de Freud, estudadas por Bleuler, contém elementos que indicam a primeira compreensão psicanalítica das alucinações, que foi a “A interpretação dos sonhos”, de 1900. Nessa obra, Freud afirmou que as alucinações eram vias de realização do desejo, assim como nos sonhos.

Para Freud (2010), o desejo se situava em um nível inconsciente e estava ligado a traços mnêmicos. O mecanismo psíquico que desencadearia uma alucinação seria o da projeção – nomeado inicialmente como rejeição –, que aconteceria da seguinte forma: quando surge uma necessidade, o sistema psíquico busca a satisfação da tensão causada, buscando trazer a mesma experiência da satisfação original e também a imagem que foi gerada com ela (Freud, 2010). No entanto, também utiliza “um meio violento e excessivo: a rejeição dessa imagem para o exterior, para fora” (Nasio, 1997, p. 33). Freud considerou que a alucinação seria uma tentativa de cura, e, com suas outras interpretações em torno do fenômeno, abalou tudo o que havia sido construído ao longo de séculos: trouxe para o centro da discussão o sujeito<sup>9</sup>, contrariando a noção empírica que tinha como foco o objeto (Nasio, 1997). Cabe

---

<sup>9</sup> Nasio (1997) afirmou que o sujeito em discussão não é aquele que alucina, mas “o desejo, o eu e um afeto muito particular, o sentimento de certeza” (p. 29).

ressaltar que o pai da psicanálise relatou ter tido alucinações em algumas ocasiões (Freud, 2013).

Além de Freud, outros dois analistas foram importantes para a temática: Jung e Lacan. Jung (1992) também relatou experiências de alucinações; afirmou que elas continham um núcleo de significado e que representariam “dramas da vida” (p. 118), desejos e esperanças. O erro em não compreender seus sentidos seria daquele que acompanha o paciente. Lacan (2008) utilizou o referencial teórico freudiano da projeção para explicar as alucinações, com a ideia de foraclusão, que seria a exclusão de uma lembrança ou imagem interior para o meio externo. Criticou a psiquiatria tradicional pelo seu reducionismo biológico e afirmou que as alucinações não deveriam ser restringidas ao aspecto sensorial ou à objetificação: dever-se-ia buscar o modo como foram estruturadas na vida das pessoas (Lacan, 1998).

Outra importante contribuição foi feita por Karl Jaspers, que introduziu a fenomenologia no campo da psicopatologia (Van den Berg, 1999). Jaspers (1913/1973) utilizou as narrativas de seus pacientes para delimitar e descrever o que eles estavam vivenciando. Considerou as alucinações como percepções do corpo que não tinham origem em percepções reais (seriam falsas percepções), mas que surgiam juntamente e paralelas às reais, por possuírem consistência sensorial e se apresentarem no espaço objetivo externo. Outra característica é que elas não dependeriam da vontade. Sobre as auditivas, Jaspers (1913/1973) afirmou que estariam presentes nas psicoses agudas e se dariam por meio de assovios, batida de máquina, ruídos, sendo as vozes as mais frequentes. Elas poderiam falar frases, sugerir, xingar, interrogar, repetir pensamentos, ordenar e assumir qualidades não humanas, entre outros sintomas.

E foi um aluno de Jaspers, Kurt Schneider, que provocou outra mudança significativa na história da alucinação auditiva. Em 1948, ele publicou a obra “Psicopatologia clínica” (Elkis, 2000), na qual lançou o conceito de “sintomas esquizofrênicos de primeira ordem”



(Schneider, 1976, p. 199) – sintomas que representariam a “perda do contorno do eu” (p. 205) em relação ao mundo, a perda do controle sobre si mesmo, e que foram, a partir de então, considerados como essenciais para a diagnose da esquizofrenia. Nas palavras do próprio autor, as alucinações auditivas tinham “um valor diagnóstico extraordinário para a admissão de uma esquizofrenia” (Schneider, 1976, p. 159).

Com isso, Schneider estabeleceu contornos específicos para a esquizofrenia (reduzindo as noções que se tinha até então) e influenciou de forma crucial os manuais diagnósticos que se seguiram posteriormente, como o CID-10 e o DSM-3 (Warner & Girolamo, 1995) – cabe ressaltar que, este último, é predecessor do DSM-4 e do DSM-5. Com os sintomas de primeira ordem de Schneider, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a considerar a esquizofrenia como um “transtorno psiquiátrico universal”<sup>10</sup> (Elkis, 2000, p. 24). Foi Schneider, portanto, quem fundou toda uma tradição médica e cultural que associa as alucinações auditivas à esquizofrenia – questão que reforçou, sobretudo, o estigma da loucura.

Henry Ey, Bernard e Brisset (1998), em 1973, propuseram um complemento à descrição de alucinação clássica, definindo-a como “percepção sem objeto a ser percebido” (p. 115). Este complemento tinha a ideia de afirmar o caráter falsificatório do fenômeno, por repousar “sobre um objeto que escapa ao controle da consciência” (p. 115). Com esta definição, os autores tinham a intenção de sair de uma lógica insensata, para se referir a uma violação da “lei da organização do corpo psíquico” (p. 115). Poucos anos depois, para fundamentarem suas explicações, Ey *et al.* (1998) reuniram classificações e descrições nosológicas clássicas de autores do século XX, como Quercy, Mourgue, Schorch, Clérambault, Lhermitte e West.

---

<sup>10</sup> Elkis (2000) ressaltou que, diferentemente do parecer da OMS, alguns outros estudos (Carpenter, Strauss, & Bartko, 1974; Pope & Lipinski, 1978) apontaram que a alucinação auditiva e outros sintomas considerados de primeira ordem não eram exclusivos da esquizofrenia. Mas, apesar das contestações, a classificação de Schneider continuou sendo importante para o diagnóstico desse transtorno.

Dessa forma, Ey *et al.* (1998) levantaram três características associadas com as alucinações: convicção sobre sua realidade, ausência de objeto real e aspecto sensorial. Como distúrbios psicossensoriais, as alucinações possuem elementos que distinguem a percepção da imaginação, como objetividade e sensorialidade, mas são produzidas sem os estímulos que desencadeariam as percepções. As auditivas podiam ocorrer como melodias musicais, sons intensos ou agudos, sendo mais características as auditivo-verbais (vozes). As vozes se manifestariam conversando entre si, em segunda pessoa, proferindo injúrias, repetindo pensamentos, comunicando delírios ou narrando o que a pessoa faz. Atitudes de proteção (uso de algodões nas orelhas) de escuta, conversar quando se está sozinho e distrações bruscas seriam comportamentos típicos de quem alucina (Ey *et al.*, 1998).

Outras formas de compreensão das alucinações, no século XX, foram desenvolvidas pelas abordagens anatômica, bioquímica e cognitivo-perceptual (Telles-Correia *et al.*, 2015), e vários psicopatólogos produziram obras que ainda hoje são pesquisadas – e que seria inviável citar neste trabalho. Porém, em razão da lógica biomédica ser apenas uma possibilidade de compreensão do fenômeno e, por si só, insuficiente para o cuidado, é necessário apresentarmos outras que têm contribuído atualmente para a ampliação da temática. Deste modo, é importante citar a metodologia desenvolvida pelo Movimento de Audição de Vozes, em inglês, *Hearing Voices Movement* (HVM), a qual tem colocado em xeque a noção patológica das alucinações, bem como a existência de culturas que lidam de forma diferente com tal fenômeno.

### **O Movimento de Audição de Vozes – HVM**

O psiquiatra holandês Marius Romme atendia uma paciente de 30 anos de idade, Patsy Hage, que já havia sido internada diversas vezes, sem que as alucinações auditivas

melhorassem. Ela pretendia se suicidar para pôr fim ao sofrimento insuportável que elas lhe causavam. Após ter lido a obra de Jaynes (2000), Patsy passou a entender que as vozes eram uma manifestação normal da vida, e questionou Romme quanto à sua escuta. O psiquiatra, então, mudou sua postura, possibilitando a ela superar a ideação suicida, ter mais autonomia em relação ao que as vozes falavam e sair da situação de isolamento. Eles decidiram ir a um programa de televisão e lá convidaram pessoas que escutavam vozes para contactá-los e contarem sobre suas experiências. Das 700 pessoas que ligaram, 300 achavam que podiam lidar com elas e 150 utilizavam estratégias de enfrentamento (Romme & Escher, 1989).

Assim, em 1987, foi organizado o primeiro congresso de ouvidores de vozes, ocasião em que várias questões relativas ao fenômeno foram discutidas. Elencaram-se três fases para o processo de lidar com as vozes: a surpreendente, que tem início com uma experiência assustadora, com a voz vindo subitamente; a fase de organização, que é um processo de comunicação e seleção com as vozes; e a de estabilização, em que a pessoa consegue adquirir uma vida estável com elas. Concluiu-se, ainda, que entender as vozes como um fenômeno patológico, como faz o paradigma psiquiátrico, não só é ineficaz, como infrutífero para auxiliar as pessoas a compreender o que está se passando (Romme & Escher, 1989).

Hage deu o passo inicial para o desenvolvimento do “Movimento de Audição de Vozes” – HVM (Escher & Romme, 2011, p. 385, tradução nossa). Além do congresso, Romme, a pesquisadora Sandra Escher e outros ouvidores de vozes começaram a realizar grupos terapêuticos na Holanda, que, logo depois, ganharam espaço também na Inglaterra. Neste país, foi formada, em 1988, a primeira “Rede de Audição de vozes”, em inglês, *Hearing Voices Network* – HVN (Longden, Corstens, & Dillon, 2013, p. 162, tradução nossa), que se expandiu internacionalmente. As HVNs são coordenadas desde 1997 pela *Intervoice* – “Rede Internacional para Treinamento, Educação e Pesquisa em Audição de Vozes” (Longden *et al.*, 2013, p. 162, tradução nossa).

Todas essas redes formam o coletivo do HVM, cuja prática, filosofia e política estão embasadas em princípios estabelecidos por Romme, Escher e ouvidores de vozes desde os primeiros grupos: que as vozes são manifestações normais da existência e devem ser interpretadas e compreendidas a partir de relatos de ouvidores de vozes e seus acontecimentos ou contextos de vida; e que o fenômeno tem início pela primeira vez e continua sendo mantido em função de questões que desempoderam e/ou são devastadoras para a pessoa (Longden *et al.*, 2013). O HVM conta com ativistas e profissionais de diversas áreas, grupos de apoio e redes de suporte, tendo como objetivos: problematizar a lógica biomédica tradicional, redefinir questões relativas a competências e poderes, desenvolver estratégias de recuperação<sup>11</sup> e lida com as vozes, e promover o ativismo político em defesa dos direitos de ouvidores de vozes (Corstens, Longden, McCarthy-Jones, Waddingham, & Thomas, 2014).

A metodologia que o HVM utiliza para o suporte ao ouvindo de vozes ocorre em duas etapas, considerando que há uma grande relação entre a história de vida, as vozes e a forma pela qual a pessoa lida com elas (Escher, 2009). A primeira consiste em explorar elementos que fazem parte de aspectos fenomenológicos das vozes, como identidade, características, conteúdo, história e gatilhos que as despertam. Terminada essa etapa, o ouvindo de vozes é estimulado e auxiliado a se tornar protagonista do processo de recuperação, construindo redes de suporte, trabalhando suas emoções e passando para uma posição ativa de enfrentamento. Romme (2009) afirmou que as vozes são personagens importantes para a realização desse processo e passam a ganhar sentido no seu desenrolar.

Os grupos de audição de vozes sempre foram um dispositivo central dentro dessa metodologia. Segundo Dillon e Hornstein (2013), além de explorarem aspectos fenomenológicos, eles se destinam a proporcionar um ambiente de troca de experiências sobre

---

<sup>11</sup> Palavra utilizada em referência ao “*recovery*” – conceito surgido na Saúde Mental na década de 1970 em alguns países, por meio da iniciativa de usuários, que vai além da busca pela remissão dos sintomas e ideia de cura, visando aspectos como a melhoria de qualidade de vida, o resgate da esperança e a reconquista de algo que tenha se perdido com o adoecimento. Ele se efetiva com a combinação de fatores externos (suporte de serviços de saúde mental, por exemplo) e internos (próprios à pessoa) (Baccari, Onocko Campos, & Stefanello, 2015).

o sofrimento ocasionado pelas vozes. Com isso, as pessoas são capazes de se sentirem mais seguras e de construírem narrativas plenas de sentido para suas vidas – já que se ajudam na análise das vozes a partir de seus sentidos simbólicos. Além disso, “o grupo pode ajudar a promover a atenção a gatilhos, padrões e explicações que a pessoa pode não perceber ou ser capaz de formular por conta própria” (Dillon & Hornstein, 2013, p. 292, tradução nossa).

Esse tipo de grupo se diferencia de outros grupos de suporte/terapêuticos por não possuir um formato estruturado (como o “Alcoólicos Anônimos”), tampouco exigir um profissional da área da saúde para coordená-lo – apenas um facilitador que tenha como postura basilar a disposição para a escuta e a sensibilidade para mediar crises que porventura aconteçam durante os encontros. Quem coordena e toma decisões sobre o grupo são seus próprios frequentadores, e isso é realizado de forma democrática – questão que subverte a lógica hierárquica tradicional dos tratamentos clínicos realizados por profissionais da área da saúde (Dillon & Hornstein, 2013).

Através da filosofia e da metodologia do HVM, ouvidores de vozes de vários países têm conseguido estabelecer uma melhor convivência com suas experiências, e conseguiram quebrar o ciclo de internações e tratamentos tradicionais – questão que proporcionou maior autonomia em suas vidas (Corstens *et al.*, 2014).

### **Para além da lógica biomédica: cultura e audição de vozes**

Em recente revisão de literatura, Larøi *et al.* (2014) afirmaram que a cultura molda as alucinações em todas as suas dimensões: conteúdo, experiência, frequência, significados, identificação, na forma como as pessoas respondem e na angústia que elas despertam. Os autores afirmaram, ainda, que ela exerce influência na formação de audição de vozes

patológicas<sup>12</sup> ou não. Além desse aspecto (e tão importante quanto), o ambiente em que a pessoa está inserida tem maior poder de influência no conteúdo das alucinações do que a cultura de origem (Suhail & Cochrane, 2002). Portanto, no cuidado e suporte a ouvintes de vozes, há que se considerar esses fatores.

Dados importantes quanto à influência da cultura podem ser encontrados pela comparação de experiências entre pessoas de diferentes sociedades. Além dos autores acima citados, cabe destacar a pesquisa de Luhrmann, Padmavati, Tharoor e Osei (2015), que compararam ouvintes de vozes de cidades da Índia, Gana e dos Estados Unidos. Os resultados indicaram que os estadunidenses tiveram experiências mais intensas e agressivas, com vozes de comando, e se utilizaram de categorias diagnósticas para explicar as vivências. Os indianos escutavam vozes com conteúdos sexuais e brincadeiras, enquanto os ganeses relataram ter tido experiências com a voz de Deus.

Ou seja, diferentemente dos estadunidenses, os outros dois públicos interpretaram as vozes com uma ideia de relação com a alteridade, de forma confortável – apesar de viverem em cidades mais caóticas e barulhentas do que os primeiros. Essa diferença pode ter sido decorrente da ênfase da cultura norte-americana na questão da autonomia individual, que considera a audição de vozes sintoma de doença mental, que invade e assalta o mundo privado, e que os pacientes têm o direito e devem ser informados sobre seus diagnósticos (Luhrmann *et al.*, 2015).

No Brasil, algumas etnias desestabilizam e desafiam os sentidos dados às alucinações pela psicopatologia tradicional. Segundo Menezes Bastos (2011), na etnia *Kamayurá*, no Alto Xingu, o som - “*ihu*” (p. 10) - é originado com o choque de dois elementos e chega aos ouvidos pelo ar, sendo também buscado e captado ativamente por esse órgão – o que indica que a percepção ocorre de forma ativa e passiva, simultaneamente. O conhecimento do

---

<sup>12</sup> Casos em que há a necessidade da procura por suporte especializado.

sistema auditivo e fonador para eles é muito importante, e o mundo se torna inteligível por meio de sons emitidos no ambiente, os quais são imediatamente detectados e decodificados. Em virtude da elevada capacidade de identificar e discernir sons da natureza – “humanos e não-humanos” (p. 11) -, os *Kamayurá* se comunicam com ‘animais e espíritos’ (p. 11) que encontram nos deslocamentos pela floresta, através da emissão de sinais vocais e sonoros que têm a finalidade, por exemplo, tanto de informar que não causariam mal algum a esses seres, quanto de solicitar que eles também assim procedessem (Menezes Bastos, 2011).

Outra etnia que merece destaque é a dos *Kaxinawa*, que vive nos territórios fronteiriços entre Brasil e Peru. Quando alguém escuta algo que não pertence à esfera comum de outros, não se questiona se realmente ele escutou. Alucinar significa perceber alguma coisa através de um ou mais sentidos. E, por ser um caso extraordinário de percepção, é avaliado conforme o estado em que o perceptor se encontrava, a qualidade do que foi percebido e o contexto em que a percepção ocorreu (Lagrou, 2002). Deste modo, fica evidente, nessa etnia, que há o reconhecimento e o respeito à alteridade, além da valorização das experiências alucinatórias.

Da mesma forma, em uma pesquisa sobre os *Yanesha*, etnia indígena localizada no Peru central, Santos-Granero (2006) constatou que as ideias dessa etnia sobre sensorialidade e ser humano são mais complexas em comparação àquelas dadas pelas sociedades ocidentais. No entanto, a noção de sensorialidade é estendida para além dos cinco sentidos do corpo, acrescentando-se dois elementos não corpóreos: “yecamquên (“nossa alma/vitalidade”) e yechoyeshem (“nossa sombra”)” (p. 96). Os cinco sentidos do corpo são considerados meios imperfeitos de conhecimento, enquanto é a vitalidade que possibilita à pessoa chegar ao conhecimento da verdade – ou seja, à essência das coisas. É ainda a vitalidade que torna as pessoas capazes de apreenderem dimensões espirituais de objetos e seres não só deste, como também de outros mundos.

A audição, para os *Yaneshas*, é o órgão das vitalidades mais valorizado, e os conhecimentos espirituais mais importantes são recebidos por meio de revelações audíveis de seres – através do uso de plantas alucinógenas ou em sonho. Consideram que o conhecimento extraordinário (dimensão espiritual) é o que deve importar, e que o corpo “é o lócus do conhecimento, não o seu agente causador” (Santos-Granero, 2006, p. 125). Essa noção desloca o pensamento de que a pessoa não é somente agente/produzidor de mundo, mas também é produzido por ele, a partir das experiências que se apresentam. Ou seja, as experiências sensoriais de mundo são validadas, não desviantes, enfim, “normais” (não patológicas). Tal concepção é oposta ao pensamento biomédico atual, que patologiza a experiência de audição de vozes e sons, em vez de entendê-la como uma potencialidade do humano.

Clément e Kakar (1997) retrataram a diferença entre o sentido dado pela cultura popular e pela psiquiatria tradicional ao analisarem “um grande místico indiano” (p. 11) nascido em Bengala e “uma louca internada em Paris no serviço do professor Janet” (p. 11), no século XIX. Ramakrishna foi venerado como santo e visto como sábio, enquanto Madeleine, que afirmava dormir com Deus, passou parte da vida internada em Salpêtrière. O indiano viveu em um país que ainda não havia tido influência da medicina ocidental, e Madeleine em uma França que já tinha uma ciência estruturada para o tratamento da loucura.

Os dois personagens apresentavam ideias delirantes que podiam ser entendidas como místicas. No caso de Madeleine, foram entendidas como anormais e passíveis de serem curadas por meio de internação psiquiátrica, mas possibilitaram à Ramakrishna exercer sua singularidade e ser reconhecido socialmente como guru. Clément e Kakar (1997) descreveram outras vivências similares entre os dois: “experimentam as mesmas contraturas, a mesma catatonia [...] têm o mesmo olhar fixo, o mesmo sorriso enorme nos lábios”<sup>13</sup> (p. 18).

---

<sup>13</sup>Ressaltamos que as expressões “mesmas”, “mesmo” e “mesma”, relativas aos sintomas nessa passagem, devem ser entendidas apenas do ponto de vista descritivo do observador. Além disso, devemos levar em consideração que essas manifestações foram vivenciadas e significadas de formas diferentes e singulares pelos personagens, configuradas de acordo com o contexto cultural de cada um (Martínez-Hernández, 2000).



Clément e Kakar (1997) nos fazem pensar no abismo cultural entre dois mundos – “a Índia não trata como a Europa” (p. 18) – e, mais do que isso, que, dependendo do sentido que se dá aos tipos de manifestações citadas, podemos enxergar e nomear a pessoa como louco ou não, conforme ficou claro na análise dos autores. Ainda que a Índia tenha sofrido uma injeção da ciência ocidental em seu sistema de saúde, tratando pessoas numa lógica hospitalocêntrica, reconhece as terapias místicas (gurus, xamãs, curandeiros) como importantes e como possibilidades de tratamento (Clément & Kakar, 1997).

Outro caso importante para reflexão é o de uma japonesa chamada Michiko, apresentado por Matsuoka Etsuko, em 1991, e citado por Martínez-Hernández (2000). Trata-se de um caso de “possessão de raposa” (p. 147, tradução nossa). Michiko começou a ouvir vozes após a morte dos pais, quando passou a se comunicar com eles através da ajuda de um xamã. As vozes se intensificaram, e ela procurou ajuda em um hospital psiquiátrico, mas acabou largando o tratamento após alguns meses, já que, mesmo tomando medicações, continuava a ouvir vozes. Ela decidiu, então, retornar ao xamã para encontrar a cura.

Com o passar dos anos, Michiko não parou de ouvir vozes e, após algumas tentativas malsucedidas de curar-se, ela acabou se tornando uma xamã budista, fato que, segundo Martínez-Hernández (2000), foi, para a japonesa, uma experiência de grande significado. Tanto que Michiko passou a dedicar-se a ajudar pessoas a encontrarem entes que haviam desaparecido, e continuou em sua prática religiosa diária: “Eu vou continuar fazendo isso porque ela me fez o que eu sou” (Martínez-Hernández, 2000, p. 148, tradução nossa).

A cultura, portanto, exerce um papel determinante na patoplastia dos sintomas e deve ser valorizada na análise de experiências com as vozes (Bauer *et al.*, 2011). Os cenários apresentados nos permitem questionar o reducionismo biomédico e apontam a necessidade de ampliar o campo de compreensão sobre a alucinação auditiva como fenômeno especificamente humano, marcado pela biografia do sujeito e o contexto cultural do qual faz

parte. A discussão sobre esse tema deve ser pautada não apenas pela sua explicação etiológica, mas pelos desdobramentos do cuidado na clínica e a criação de possibilidades de existência e convivência do próprio sujeito com sua experiência.

### **Considerações finais**

Desde a Antiguidade, o fenômeno da audição de vozes vem recebendo diferentes sentidos. Como vimos, a partir da Idade Moderna, sobrepõe-se a compreensão etiológica baseada em aspectos biológicos, e, ainda nos dias de hoje, não há consenso no meio científico quanto às causas e aos fatores envolvidos, apesar de inúmeras pesquisas traçarem correlações com acontecimentos de vida, o ambiente social e familiar, e com a cultura – elemento este pelo qual a existência é estruturada. Essa questão reforça a necessidade de problematizarmos lógicas que enxerguem o fenômeno apenas de um ponto de vista, sem buscar explorar dimensões que fazem sentido para os próprios ouvidores de vozes.

A era Moderna foi o período que marcou a virada sobre o significado não patológico de experiências alucinatórias, com inúmeras pesquisas e teorizações que contribuíram para a objetificação do fenômeno, esquecendo-se do principal elemento de análise: o ouvidor de vozes. Com isso, fundou as bases de uma psicopatologia medicalizadora e que contribui para a estigmatização social daqueles que escutam vozes – e sua consequente exclusão.

Poucos foram os atores que não envolveram tais características em suas práxis, com destaque para a psicanálise, movimentos de reforma psiquiátrica ocorridos na Europa a partir da segunda metade do século XX (Roudinesco & Plon, 1998) – que não foram citados neste trabalho por terem envolvido o campo da saúde mental como um todo –, e, mais recentemente, pelo HVM/*Intervoice*. Esses movimentos resgataram a importância do protagonismo do ouvidor de vozes na compreensão do fenômeno.

Outro ponto a ser destacado é o sentido das vozes. Considerando que, dar sentido às vozes é condição fundamental para entender o que está se passando com a pessoa que alucina, se esse sentido for o de patologia (como ficou evidente nos achados de Luhmann *et al.*, 2015), talvez continuemos a presenciar o aumento da demanda por serviços de saúde e das queixas de pacientes quanto à eficácia das medicações. Isso sem contar na manutenção do ciclo de internações, na dependência ao tratamento, no sofrimento e estigma social (só para citarmos alguns), que ouvidores enfrentam por quase toda a vida.

Reconhece-se que há casos em que a alucinação está associada a componentes orgânicos, ou a outros fatores, e que os medicamentos devem ser utilizados no tratamento. Ou que, mesmo não se tratando disso, o ouvidor de vozes queira fazer uso dos fármacos. Enfatizamos que, em qualquer conjuntura, quem deve decidir sobre o uso das medicações é o ouvidor de vozes, e que cada caso deve ser analisado, desde que se tenha em vista o que for melhor para o suporte – procedimento que o HVM/*Intervoice* orienta e pratica (Corstens *et al.*, 2014).

Contextualizar os fenômenos humanos por meio da história e da cultura é uma potente estratégia para abrir o campo de compreensão sobre eles e enxergar novas possibilidades de vida. Tal procedimento amplia, ainda, a capacidade de criação e os sentidos das relações humanas, auxiliando as pessoas nos seus caminhos de liberdade – tarefas que são fundamentais para o trabalho clínico. Conclui-se que, ao se compreender as vozes como uma possibilidade de experiência humana, como fizeram os povos da Antiguidade e as culturas apresentadas neste trabalho, fica evidente um saber-fazer com o fenômeno, isto é, cria-se uma condição essencial para a cura – palavra latina que significa cuidado.

## Referências

- Amaral, F.A. (2012). *História e ressignificação: Joana d'Arc e a historiografia francesa da primeira metade do século XIX*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.
- Aristóteles. (2015). *On dreams*. Translated by J.I. Beare. South Australia: The University of Adelaide. Acesso em 10 de janeiro, 2016, em <http://ebooks.adelaide.edu.au/a/aristotle/dreams>
- Baccari, I.O.P., Onocko Campos, R.T., & Stefanello, S. (2015). *Recovery: revisão sistemática de um conceito*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1), 125-136.
- Baillarger, J.G. (1846). *Des Hallucinations*. Paris: J.B. Baillière. Acesso em 20 de janeiro, 2016, em <http://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=loc.ark:/13960/t5hb09w71;view=1up;seq=1>
- Baker, P. (2009). *The voice inside: a practical guide for and about people who hear voices*. Port of Ness: P&P Press.
- Bastos, R.J.M. (2011). *Audição do Mundo Apuà II – Conversando com “Animais”, “Espíritos” e outros Seres. Ouvindo o Aparentemente Inaudível*. *Antropologia em primeira mão*, 134, 5-21. Florianópolis: UFSC.
- Bauer, S.M., Schanda, H., Karakula, H., Olajossy-Hilkesberger, L., Rudaleviciene, P., Okribelashvili, N., Chaudhry, H.R., Idemudia, S.E., Scheider, S., Ritter, K., & Stompe, T. (2011). Culture and the prevalence of hallucinations in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 319-325.
- Beavan, V., Read, J. & Cartwright, C. (2011). The prevalence of voice-hearers in the general population: a literature review. *Journal of Mental Health*, 20, 281–292.
- Berrios, G.E. (1996). Disorders of perception. In G.E. Berrios. *The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bíblia. (1993). *A bíblia sagrada: antigo e novo testamento*. 2. ed. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil.

Bleuler, E. (1969). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. New York: Int Univ Press.

Boismont, A. B. (1859). *On hallucinations: a history and explanation of apparitions, visions, dreams, ecstasy, magnetism, and somnambulism*. London: Henry Renshaw. Acesso em 23 de janeiro, 2016, em <http://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=wu.89013863592;view=1up;seq=9>

Brandão, J.S. (1986). *Mitologia grega*. Vol 1. Petrópolis: Vozes.

Calloni, H. (2006). Ambientes desencantados: o século XVIII e o reino das racionalidades. *Ambiente & Educação*, 11, 11-27.

Cangas, A.J., Langer, A.I., & Moriana, J.A. (2011). Hallucinations and related perceptual disturbance in a non-clinical Spanish population. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(2), 120-131.

Carpenter, W.T., Strauss, J.S., & Bartko, J. (1974). The diagnosis and understanding of schizophrenia: part I. Use of signs and symptoms for the identification of schizophrenic patients. *Schizophr Bull*, 11, 37-49.

Castro, T.L. (1889). *Das alucinações e ilusões*. Tese de doutorado, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Cícero. (1967). De natura deorum. In: *Cicero in twenty-eight volumes, De natura Deorum, Academica*. Translated by H. Rackhan. London: Harvard University Press. Acesso em 14 de janeiro, 2016, em <https://ryanfb.github.io/loebolus-data/L268.pdf>

Clément, C., & Kakar, S. (1997). *A louca e o santo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Corstens, D., Longden, E., McCarthy-Jones, S., Waddingham, R., & Thomas N. (2014). Emerging perspectives from the hearing voices movement: implications for research and practice. *Schizophr Bull*, 40, S285–S294.

Costa, V.P. (2001). O “Daimon” de Sócrates: conselho divino ou reflexão? *Boletim do Centro de Pensamento Antigo*, 10(10), 101-109.

De Loore, E., Gunther, N., Drukker, M., Feron, F., Sabbe, B., Deboutte, D., van Os, J., & Myin-Germeys, I. (2011). Persistence and outcome of auditory hallucinations in adolescence: a longitudinal general population study of 1800 individuals. *Schizophr Res.*, 127, 252–256.

Dillon, J., & Hornstein, G.A. (2013). Hearing voices peer support groups: a powerful alternative for people in distress. *Psychosis*, 5(3), 286-295.

Echegaray, E. (1887). *Diccionario general etimologico de la lengua española*. Madrid: José Maria Fauineto. Disponível em: <https://archive.org>

Elkis, H. (2000). A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. *Rev Bras Psiquiatr*, 22(Supl I), 23-26.

Escher, S. (2009). Making sense of voices: the relationship between the voices and the life history. In: Romme, M.; Escher, S.; Dillon, J.; Corstens, D.; Morris, M. *Living with voices: 50 stories of recovery*. Birmingham City University: PCCS Books.

Escher, S., & Romme, M. (2011). The hearing voices movement. In: Blom, J.D., & Sommer, I.E.C. *Hallucinations: research and practice*. New York: Springer. Acesso em 19 de janeiro, 2017, em <http://www.sgha.net/library/Hallucinations2.pdf>

Esquinsani, R.S.S., & Dametto, J. (2012). Questões de gênero e a experiência da loucura na Antiguidade e na Idade Média. *Estud. Sociol.*, 17(32), 205-222.

Esquirol, E. (1965). *Mental maladies: a treatise on insanity*. (Originally published in *Des maladies mentales considérées sus les rapports medical, higiénique et medico-legal*. Paris: J.B. Baillière, 1838). New York: Hafner.

Ey, H., Bernard, P., & Brisset, C. (1998). *Manual de psiquiatria*. Tradução de Paulo César Galdes e Ulysses Vianna Filho. 5. ed. Rio de Janeiro: Masson.

Feijoo, A.M.L.C. (2016). Apresentação. In: Feijoo, A.M.L.C. & Lessa, M.B.M.F. *Psicopatologia: fenomenologia, literatura e hermenêutica*. Rio de Janeiro: IFEN.

Fleming, M.P., & Martin, C.R. (2011). Genes and schizophrenia: A pseudoscientific disenfranchisement of the individual. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 469-478.

Ford, J.M., Morris, S.E., Hoffman, R.E., Sommer, I., Waters, F., McCarthy-Jones, S., Thoma, R.J., Turner, J.A., Keedy, S.K., Badcock, J.C., & Cuthbert, B.N. (2014). Studying hallucinations within the NIMH RDoC framework. *Schizophrenia Bulletin*, 40(4), S295-S304.

Foucault, M. (1991). *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva.

Franco Júnior, H. (2001). *A Idade Média: nascimento do ocidente*. São Paulo: Brasiliense.

Freud, S. (2010). *Interpretação dos sonhos*. Tradução de Walderedo Ismael de Oliveira. 1. ed. São Paulo: Folha de São Paulo. (Originalmente publicado em 1900)

Freud, S. (2013). Psicopatologia da vida cotidiana e sobre os sonhos, v. 5. In: S. Freud. *Obras completas*. São Paulo: Companhia das Letras.

Griesinger, W. (1882). *Mental pathology and therapeutics*. Translated from the German by C. Lockhart Robertson and James Rutherford. New York: William Wood & Company. Acesso em 20 de fevereiro, 2016, em <http://archive.org/stream/mentalpathology00ruthgoog#page/n6>

Gurney, E. (1918). *Phantasms of the living*. London: Kegan Paul, Trench, Tubner & Co. Disponível em: <http://babel.hathitrust.org>

Hunter, R., & Macalpine, I. (1963). *Three hundred years of psychiatry, 1535-1860: a history presented in selected english texts*. London: Oxford University Press.

James, T. (1995). *Dream, Creativity and Madness in Nineteenth-Century France*. Oxford: Clarendon Press.

Jaspers, K. (1973). *Psicopatologia geral*. Rio de Janeiro: Atheneu. (Obra original publicada em 1913)

Jaynes, J. (2000). *The origin of consciousness in the breakdown of the bicameral mind*. Mariner Books: Houghton Mifflin.

Johns, L., Kompus, K., Connell, M., Humpston, C., Lincoln, T., Longden, E., Preti, A., Alderson-Day, B., Badcock, J. C., Cella, M., Fernyhough, C., McCarthy-Jones, S., Peters, E., Raballo, A., Scott, J., Siddi, S., Sommer, I., & Larøi, F. (2014). Auditory verbal hallucinations in persons with and without a need for care. *Schizophrenia Bulletin*, 40, S255-S264.

Jung, C. (1992). *Memórias, sonhos, reflexões*. 17. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Kapur, P., Hayes, D., Waddingham, R., Hillman, S., Deighton, J., & Midgley, N. (2014). The experience of engaging with mental health services among young people who hear voices and their families: a mixed methods exploratory study. *BMC Health Services Research*, 14, 527-535.

Kelleher, I., Connor, D., Clarke, M. C., Devlin, N., Harley, M., & Cannon, M. (2012). Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Psychological medicine*, 42(09), 1857-1863.

Kraepelin, E. (1907). *Clinical Psychiatry: a text-book for students and physicians*. New York: The Macmillan Company. Disponível em: <https://archive.org>

Kraepelin, E. (1968). *Lectures on clinical psychiatry*. New York: Hafner Publishing Company. (Obra original publicada em 1904)

Kråkvik, B., Larøi, F., Kalhovde, A. M., Hugdahl, K., Kompus, K., Salvesen, Ø., & Vedul-Kjelsås, E. (2015). Prevalence of auditory verbal hallucinations in a general population: A group comparison study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56, 508-515.

Lacan, J. (1998). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose (1957-1958). In: J. Lacan. *Escritos*. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (2008). *O seminário – livro 3: as psicoses, 1955-1956*. Rio de Janeiro: Zahar.

Lagrou, E.M. (2002). O que nos diz a arte Kaxinawa sobre a relação entre identidade e alteridade? *Mana*, 8(1), 29-61.

Lambert, M.T., Laurel, A.C., Sampson, N., & Duffy, S.A. (2006). New-onset type-2 diabetes associated with atypical antipsychotic medications. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 30, 919-23.

Larøi, F. (2012). How do auditory verbal hallucinations in patients differ from those in non-patients? *Frontiers in Human Neuroscience*, 6, 1-9.

Larøi, F., Luhrmann, T.M., Bell, V., Christian, W.A., Deshpande, S., Fernyhough, C., Jenkins, J., & Woods, A. (2014). Culture and hallucinations: overview and future directions. *Schizophrenia bulletin*, 40, S213-S220.

Le Goff, J. (2013). *Para uma outra Idade Média: tempo, trabalho e cultura no Ocidente*. Petrópolis: Vozes.

Lélu, L.F. (1836). *Du Démon de Socrate*. Paris: Trinquart. Acesso em 25 de janeiro, 2016, em <https://archive.org/stream/dudmondessocrate00llut#page/12/mode/2up/search/fou>



Lewis, C.T., & Short, C. (1891). *A New Latin Dictionary*. New York: Harper & Brothers Publishers. Disponível em: <https://archive.org>

Longden, E., Corstens, D., & Dillon, J. (2013). Recovery, discovery and revolution: the work of Intervoice and the hearing voices movement. In: *Madness contested: power and practice*. Coles, S., Keenan, S., & Diamond, B. Ross-on-Wye: PCCS Books.

Louzã Neto, M.R., & Elkis, H. (2007). *Psiquiatria básica*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed.

Luhrmann, T.M., Padmavati, R., Tharoor, H., & Osei, A. (2015). Differences in voice-hearing experiences of people with psychosis in the USA, India and Ghana: interview-based study. *The British Journal of Psychiatry*, 206(1), 41-44.

Mackay, C.S. (2009). *The hammer of witches: a complete translation of the Malleus Maleficarum*. New York: Cambridge University Press. Acesso em 2 de março, 2016, em <https://archive.org/details/HammerOfWitches>

Martínez-Hernández, A. (2000). *What's behind the symptom?: on psychiatric observation and anthropological understanding*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

Michéa, C.F. (1851). *Du délire des sensations*. Paris: Labé. Acesso em 4 de fevereiro, 2016, em <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76832p/f8.item.r=mich%C3%A9a>

Michelet, J. (2007). *Joana d'Arc*. São Paulo: Hedra.

Nascentes, A. (1955). *Dicionário etimológico da língua portuguesa*. Tomo I. Rio de Janeiro: Livraria Acadêmica. Disponível em: <http://archive.org>

Nasio, J.D. (1997). *A alucinação e outros estudos lacanianos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Nuevo, R., Chatterji, S., Verdes, E., Naidoo, N., Arango, C., & Ayuso-Mateos, J.L. (2012). The continuum of psychotic symptoms in the general population: a cross-national study. *Schizophr Bull.*, 38(3), 475-85.

Ong, W.J. (2000). *The presence of the word: some prolegomena for cultural and religious history*. New York: Simon & Schuster.

Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed.

Paim, I. (1993). *História da psicopatologia*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.

Parish, E. (1897). *Hallucinations and illusions*. London: Walter Scott Ltd. Acesso em 17 de março, 2016, em <https://archive.org/details/hallucinationsil1897pari>

Pessoti, I. (1994). *A loucura e as épocas*. São Paulo: Editora 34.

Platão. (2000). *Fedro ou Da beleza*. Tradução e notas de Pinharanda Gomes. 6 ed. Lisboa: Guimarães Editores.

Platão. (2002). *Apologia de Sócrates*. Tradução de Maria Lacerda Moura. São Paulo: Ediouro.

Pope, H., & Lipinski, J. (1978). Diagnosis of schizophrenia and manic-depressive illness. *Arch Gen Psychiatry*, 35, 811-828.

Romme, M., & Escher, A.D. (1989). Hearing voices. *Schizophr Bull*, 15, 209–216.

Romme, M. (2009). What causes hearing voices? In: Romme, M., Escher, S., Dillon, J., Corstens, D., & Morris, M. *Living with voices: 50 stories of recovery*. Birmingham City University: PCCS Books.

Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

Santos-Granero, F. (2006). Vitalidades sensuais. Modos não corpóreos de sentir e conhecer na Amazônia indígena. *Revista de Antropologia*, 49 (1), 93-131.

Sarbin, T.R., & Juhasz, J.B. (1967). The historical background of the concept of hallucination. *Journal of the history of the behavioral sciences*, v. 5, 339-358.

Schneider, K. (1976). *Psicopatologia clínica*. 2.ed. São Paulo: Mestre Jou.

Séginger, G. (2011). Alfred Maury: religion et médecine. *Les religions du XIXe siècle, IVe congrès de la SERD*, Paris, Fondation Singer Polignac, BNF & INHA, 26-28 novembre 2009. Disponível em: <http://etudes-romantiques.ish-lyon.cnrs.fr/religions.html>

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

Suhail, K., & Cochrane, R. (2002). Effect of culture and environment on the phenomenology of delusions and hallucinations. *International Journal of Social Psychiatry*, 48(2), 126-138.

Telles-Correia, D., Moreira, A.L., & Gonçalves, J.S. (2015). Hallucinations and related concepts – their conceptual background. *Frontiers in Psychology*, 6, 1-9.

Teresa de Ávila. (1921). *The interior castle or The mansions*. London: Thomas Baker. (Obra original publicada em 1577). Disponível em: <http://www.ccel.org/ccel/teresa/castle2>

Thomas, N., Hayward, M., Peters, E., van der Gaag, M., Bentall, RP., Jenner, J., Strauss, C., Sommer, I.E., Johns, L.C., Varese, F., García-Montes, J.M., Waters, F., Dodgson, G., & McCarthy-Jones, S. (2014). Psychological Therapies for Auditory Hallucinations (Voices): Current Status and Key Directions for Future Research. *Schizophr Bull*, 40, S202-S212.

Tomás de Aquino. (2001). *Suma de teología*. Madrid: Biblioteca de autores cristianos. Disponível em: <http://biblioteca.campusdominicano.org/1.pdf>

Van den Berg, J.H. (1999). *O paciente psiquiátrico: esboço de psicopatologia fenomenológica*. São Paulo: Editora Psy.

Warner, R., & Girolamo, G. (1995). *Schizophrenia*. Geneva: World Health Organization.

Xenofonte. (2008). Apologia de Sócrates. In: Xenofonte. *Banquete, Apologia de Sócrates*. Tradução do grego, introdução e notas de Ana Elias Pinheiro. Universidade de Coimbra: Centro de Estudos Clássicos e Humanísticos.

**Para além da “alucinação auditiva” como sintoma psiquiátrico: a experiência da escuta de vozes de frequentadores de um CAPS**

**Resumo:** Este artigo teve como objetivo analisar experiências de audição de vozes de pessoas que faziam tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) de uma capital brasileira. Para isso, dez ouvidores de vozes foram entrevistados. Foi utilizado o método qualitativo, com entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo (Bardin). Elegeram-se quatro categorias: “‘origem’ das vozes”, “fenomenologia das vozes”, “estratégias de lida”, e “suporte familiar”. O conteúdo das vozes causa grande perturbação e está relacionado com a história de vida, situações de violências, solidão e isolamento. Aspectos como religiosidade e espiritualidade os ajudam a entender e a lidar com as experiências. Suporte familiar é fundamental para o enfrentamento das dificuldades. Conclui-se que é necessária uma qualificação da alucinação auditiva para além do sentido psicopatológico - como experiência plena de sentido, a qual deve ser acolhida e respeitada em qualquer intervenção que busque trabalhar com o sofrimento do sujeito.

**Palavras-chave:** alucinação auditiva, audição de vozes, saúde mental, CAPS.

*“Doutor, o sinhô sabe que tenho ouvido muitas vozes? Sabe que que eu fiz? Comprei capacete pra dormí. Percebi que quando eu andava de moto, elas me deixava em paz. E tava teno muito probema pra dormí.”* Assim começou a fala de um dos integrantes de um grupo psicoterapêutico de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)<sup>14</sup>, destinado ao cuidado de pessoas em situação de sofrimento psíquico grave<sup>15</sup>. Ele continuou: *“Aí coloquei um na hora que elas tava me azucrinano, e dispistei. Pedi pra minha mãe comprá cinco. Porque capacete sua dimais, a noite toda, aí é um pra cada dia da semana, e não fica com chêro ruim.”*

Destaca-se a estratégia que ele adotou para não ser tão incomodado pelas vozes. Porém, a maior parte das pessoas que fazem tratamento no local não consegue encontrar maneiras de enfrentamento para a questão e relata grande sofrimento. Isso se deve ao fato de a alucinação auditiva ser uma experiência perturbadora, a ponto de o ouvidor de vozes não

<sup>14</sup> O CAPS é destinado a acolher e tratar pessoas em situação de sofrimento psíquico grave, e/ou que tenham dependência de álcool e outras drogas. Tem como objetivo possibilitar ao seu usuário a integração familiar e social, bem como uma maior autonomia e qualidade de vida, através de apoio de equipe de saúde multiprofissional.

<sup>15</sup> Relativo às formas em que alguém manifesta sua angústia, que não são bem compreendidas e/ou aceitas pela cultura ou o meio social. O termo “grave” se refere à demanda de cuidados especializados para o tratamento (Costa, 2013).

conseguir trabalhar ou estudar, e até mesmo tentar suicídio (Kalhovde, Elstad & Talseth, 2013). É comum também as vozes causarem isolamento e dificuldade de estabelecimento de redes de suporte importantes para a saúde mental e o processo de recuperação<sup>16</sup> (Baker, 2009).

O fenômeno da alucinação auditiva ou audição de vozes tem sido documentado desde a Antiguidade (Longden & Waterman, 2012). No século XVII ele passou a ser estudado dentro do modelo biomédico/científico, e ao final do século XVIII pela neurologia e psiquiatria (Telles-Correia, Moreira & Gonçalves, 2015). Esse cenário começou a mudar a partir de 1987, na Europa, com os esforços de Marius Romme e Sandra Escher, que passaram a realizar pesquisas comparando ouvidores de vozes clínicos (que faziam tratamento psiquiátrico) e não clínicos, e a compreender o fenômeno não mais como sinal de doença mental (Hill & Linden, 2013).

Com o apoio de ouvidores de vozes, Romme e Escher fundaram o “Movimento de Audição de Vozes”, em inglês, *Hearing Voices Movement – HVM*<sup>17</sup> (Escher & Romme, 2011, p. 385, tradução nossa), que está presente em países europeus, asiáticos, da América do Norte e Oceania. O HVM oferece redes de suporte alternativas à lógica biomédica, com bons resultados – como redução de medicações e maior bem-estar (Corstens, Longden, McCarthy-Jones, Waddingham & Thomas, 2014) -, e serviu também de base para que a audição de vozes fosse pesquisada de várias formas: para saber como ouvidores de vozes avaliavam diálogos com outros ouvidores de vozes; combinando psicoeducação com trocas de experiências entre as pessoas; levantando dificuldades, benefícios e outros efeitos de grupos de ouvidores de vozes, entre outros (Romme, 2009a).

---

<sup>16</sup> Se refere ao *recovery*, conceito elaborado por usuários da área da Saúde Mental em alguns países, que se sobrepõe à ideia de cura e remissão dos sintomas, envolvendo aspectos como o resgate da esperança, a reconquista de elementos perdidos com o adoecimento, e melhor qualidade de vida. O *recovery* ocorre por meio da junção de fatores internos (relativos à pessoa) e externos (como a atuação de instituições de saúde mental) (Baccari, Onocko Campos, & Stefanello, 2015). Esse processo foi mencionado em outras passagens neste artigo.

<sup>17</sup> Atualmente o HVM é coordenado pela *Intervoice* – “Rede Internacional para Treinamento, Educação e Pesquisa em Audição de Vozes” (Longden, Corstens, & Dillon, 2013, p. 162, tradução nossa).

No Brasil essa realidade é diferente. As experiências alucinatórias são mais frequentemente relatadas nos espaços destinados ao tratamento em saúde mental ou em grupos religiosos que valorizam e fomentam *experiências anômalas* (EAs)<sup>18</sup> - como católicos carismáticos, protestantes pentecostais, religiões afro-brasileiras e espíritas (Alminhana & Menezes, 2016). No campo da saúde mental, a alucinação auditiva é entendida conforme os manuais de psiquiatria<sup>19</sup> e o tratamento segue a metodologia tradicional - prescrição de medicamentos que visam à remissão dos sintomas.

Quanto aos grupos religiosos citados, são procurados pelos ouvidores de vozes para dar sentido às suas experiências e afastar o estigma da loucura, pois as crenças consideram as EAs como manifestações do divino (Godoy, 2012) e/ou sinal de mediunidade (Almeida, 2004), dentre outros. Porém, há casos em que os líderes religiosos orientam a pessoa a buscar ajuda profissional. Em geral isso é feito quando as experiências alucinatórias envolvem elementos como: prejuízos sociais e ocupacionais; sofrimento e comorbidades; ocorrências frequentes e de longa duração; falta de controle da experiência; e incompatibilidade com uma crença cultural (Menezes & Almeida, 2009).

Crítérios semelhantes são utilizados para diferenciar ouvidores de vozes clínicos e não clínicos (Daalman *et al.*, 2011; Badcock & Chhabra, 2013; Hill & Linden, 2013; Baumeister, Sedgwick, Howes, & Peters, 2016). Eles são fundamentais para evitar que uma EA seja confundida com um sintoma de transtorno mental e resulte em problemas iatrogênicos e diagnósticos equivocados (Almeida & Cardeña, 2011). Em se tratando de caso clínico ou não, procurar entender como as experiências se estruturam na vida das pessoas é algo fundamental para o cuidado (Baker, 2009), e auxilia na elaboração de estratégias de intervenção apropriadas para cada caso (McCarthy-Jones *et al.*, 2014). No campo da saúde mental essas

---

<sup>18</sup> Termo utilizado para designar experiências incomuns (como as alucinações), ou as que, mesmo sendo comumente relatadas, são entendidas como diferentes das habituais, e não pertencentes à realidade (Almeida & Lotufo Neto, 2003).

<sup>19</sup> *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM -5)* e *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)*.

medidas são indispensáveis, já que muitos ouvintes de vozes permanecem realizando tratamento com medicações durante anos, e relatam grande sofrimento em decorrência das alucinações e dos efeitos colaterais dos remédios, sem alguma resolução para essa questão.

Considerando esses pontos, este estudo teve como objetivo analisar experiências de audição de vozes de pessoas que faziam tratamento no sistema público de saúde mental, de modo a contribuir para reflexões sobre novas formas de compreensão e cuidado em relação a esse fenômeno. Para isso, frequentadores de um Centro de Atenção Psicossocial foram entrevistados e tiveram seus relatos apreciados conforme os procedimentos descritos a seguir.

## **Método**

Este estudo fez parte de uma pesquisa de cunho empírico, que tinha dentre seus objetivos o intuito de problematizar a lógica tradicional do manejo da alucinação auditiva. Utilizou-se a metodologia qualitativa, já que se procurou explorar e entender significados atrelados à audição de vozes por meio de relatos de pessoas que convivem com esse tipo de experiência. O local escolhido foi um CAPS II destinado ao cuidado de pessoas em situação de sofrimento psíquico grave, de uma capital brasileira. Para que a pesquisa tivesse início, o projeto foi apresentado e acordado com a equipe técnica do CAPS, e seguiu os trâmites necessários para autorização junto aos comitês de ética dos órgãos responsáveis – a Instituição de Ensino Superior e a Secretaria de Saúde -, tendo sido aprovado com os números CAAE: “52032315.6.0000.5540” e “52032315.6.3001.5553”.

Os sujeitos de pesquisa frequentaram ao menos uma vez um grupo de ouvintes de vozes que tinha este pesquisador como facilitador, e quatro não estavam mais em tratamento no CAPS. Ao todo, quinze ouvintes de vozes foram convidados a participar, e receberam informações sobre a pesquisa. Dez aceitaram o convite, sendo quatro homens e seis mulheres,

com o seguinte perfil: idades compreendidas entre os 25 e 54 anos; raça, tempo de tratamento, condição econômica e diagnósticos heterogêneos; religião e/ou práticas religiosas<sup>20</sup> variadas - quatro acreditavam no espiritismo, três eram evangélicos, um era católico, e dois não fizeram referência a nenhuma crença; e tempo de audição de vozes compreendido entre 2 e 46 anos.

As entrevistas foram agendadas conforme a disponibilidade das pessoas. Algumas delas foram entrevistadas no CAPS, e outras preferiram que isso fosse feito no local de residência. Oito foram gravadas em áudio, enquanto que dois participantes optaram pela não gravação, em razão de já terem tido delírios com aparelhos de transmissão e gravação sonora, e não se sentirem à vontade com esse tipo de instrumento. Nesses casos, os relatos foram redigidos pelo pesquisador em folhas à parte, ao mesmo tempo em que os entrevistados falavam, o que fez com que essas duas entrevistas durassem, respectivamente, 1 hora e 15 minutos, e 30 minutos. Posteriormente, foi lido para cada um dos entrevistados o que tinha sido redigido através do depoimento deles, para verificar se havia algo a ser retificado e/ou complementado. Somadas, as entrevistas tiveram o total de 8 horas e 30 minutos, com um tempo médio de cinquenta e um minutos de duração.

Para a coleta de dados utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado, elaborado a partir: a) do instrumento “Audição de vozes: um questionário” (Escher, Hage & Romme, 2011, p.1, tradução nossa); b) de questões que Romme, Escher, Dillon, Corstens e Morris (2009) elencaram como fundamentais para a compreensão da relação entre a pessoa e suas vozes e para o estabelecimento de caminhos terapêuticos<sup>21</sup>; c) de experiências com o grupo de ouvidores de vozes do CAPS. Assim, foram explorados temas como estratégias de lida,

---

<sup>20</sup> Neste estudo os termos *religião*, *religiosidade*, *espiritualidade*, e *práticas espirituais*, aparecerão com certa frequência. Segundo Koenig, King e Carson (2012) *religião* é um sistema organizado de rituais, crenças, práticas, e símbolos destinados a aproximar a pessoa ao transcendente/sagrado, bem como para propiciar a compreensão da vida em comunidade. *Religiosidade* é um envolvimento ou compromisso com uma religião (Hardy & Carlo, 2005). *Espiritualidade* é uma busca pessoal por respostas que conduzam à compreensão sobre o significado da vida, e pela relação com o transcendente/sagrado, a qual pode se dar por meio de rituais religiosos (Koenig *et al.*, 2012). E *práticas espirituais* são todas aquelas que se destinam ao cultivo da espiritualidade.

<sup>21</sup> Cabe ressaltar que tais autores integram a *Intervoice*, e chegaram a essas questões por meio de relatos de ouvidores de vozes, após anos de pesquisa, suporte, trabalho e convivência com eles.



características das vozes, acontecimentos relacionados ao surgimento das vozes e apoio da família, através de oito perguntas<sup>22</sup>: 1) “Me conte sobre sua história de vida”; 2) “Você lembra quando começou a escutar vozes?”; 3) “Como foi a primeira experiência?”; 4) “Aconteceu alguma coisa que você consegue associar com o surgimento das vozes?”; 5) “O que você faz quando as vozes começam a falar?”; 6) “Como entende a escuta de vozes?”; 7) “O que elas falam?”; 8) “Qual é a postura da família em relação a isso?”.

Os dados foram analisados conforme técnicas da Análise de Conteúdo (Bardin, 2016). O método analítico foi feito em quatro momentos: 1º) leitura livre do material transcrito (áudios e entrevistas redigidas); 2º) leitura com levantamento dos temas em cada entrevista; 3º) comparação dos temas entre as entrevistas e construção das categorias (para todas as entrevistas); 4º) agrupamento dos trechos de cada entrevista nas categorias.

As quatro categorias elencadas foram: “‘origem’ das vozes”, “fenomenologia das vozes”, “estratégias de lida”, e “suporte familiar”. Cada uma delas será explicada e ilustrada com recortes dos relatos dos entrevistados no próximo tópico. Utilizou-se nos recortes nomes fictícios, e foram omitidos dados pessoais, a fim de resguardar o sigilo do participante.

## **Resultados e Discussão**

### **“Origem” das vozes**

Nesta categoria, foram agrupados e analisados os dados relacionados ao surgimento das vozes, como acontecimentos marcantes, contextos de vida, e sentidos que os sujeitos de pesquisa deram à ocorrência do fenômeno. A partir das repostas dos entrevistados, dividiu-se a “origem” das vozes em duas subcategorias: a) contexto de surgimento (temas que

---

<sup>22</sup> Cabe destacar que, quando a pessoa tem a impressão de que as vozes sejam provenientes de uma outra entidade, é importante perguntar “quem são essas vozes”, questão que abre possibilidade para a integração de sentido e a lida com as manifestações – como foi observado nos relatos de alguns entrevistados.

envolveram a primeira experiência de audição na vida do entrevistado); b) atribuição etiológica (questões que os participantes atribuíram ao surgimento das vozes – tanto na trajetória biográfica, quanto atualmente).

a) Contexto de surgimento – os temas relacionados a essa subcategoria foram: violência doméstica e psicológica (extra-doméstica); isolamento e solidão; e o período da adolescência. Oito ouvidores de vozes relataram terem sofrido violência doméstica e/ou vivido em ambientes em que esse tipo de violência era comum. E quatro passaram por situações de violência psicológica e/ou *bullying*, como Reinaldo: “*comecei a fugir porque fiquei constrangido, todo mundo me chamava de viado, e comecei a ter vergonha de sair na rua (...) terminei minha quarta série com muito sacrifício e humilhação*”.

Reinaldo não terminou o ensino fundamental, e seu ciclo de internações psiquiátricas começou na adolescência. O caso dele e de muitos outros pacientes do CAPS atestam que a violência provoca condições graves de saúde e interfere no desenvolvimento ao longo da vida (Organização Mundial da Saúde, 2014). Ou seja, a violência deixa marcas que podem estar na raiz da audição de vozes, principalmente as negativas, quando ela não é compartilhada (Romme, 2009b), e é muito presente na vida de ouvidores de vozes clínicos (Honig *et al.*, 1998; Kråkvik *et al.*, 2015).

Situações de violência associadas a acontecimentos que marcam a trajetória biográfica (como por exemplo a perda de entes queridos), podem gerar sentimento de solidão e isolamento – fatores que estiveram presentes na vida dos dez entrevistados. Estudos que correlacionaram isolamento e alucinação auditiva apontaram problemas vividos pelos entrevistados: dificuldade de construção de redes de suporte para a lida com o sofrimento (Ford *et al.*, 2014); limitações no enfrentamento de vozes negativas (Larøi, 2012); e adoecimento mental (Van Os, Driessen, Gunther, & Delespaul, 2000). Cabe ressaltar que

peessoas que têm baixa representatividade social (como ouvidores de vozes) têm maior propensão ao isolamento (Boydell, Van Os, McKenzie, & Murray, 2004).

A adolescência foi um período de vida muito citado. Ela foi retratada por nove entrevistados como a fase mais conturbada, com muitos conflitos. Segundo Marcela:

*Na adolescência meus pais foram alcoólatras, eu tive muita tensão nervosa, muito medo (...) quando a família é alcoólatra gera brigas, desavenças, e por minha família ser assim instável, eu sempre via aquilo, sofria muito. Eu fui obesa mórbida na adolescência, sofria muita discriminação, então acho que tudo isso juntou, e eu tinha muita dificuldade de me relacionar com as pessoas (...) eu era muito complexada, então acho que tudo isso foi ajudando nas vozes.*

Fábio também retratou de forma significativa a relação desse período com seu adoecimento: “a adolescência é um momento difícil; as bombas são implantadas, e quando adultos aparecem os problemas psiquiátricos”. Ou seja, situações intensamente dolorosas na adolescência refletem nos períodos subsequentes da vida (World Health Organization, 2014). Escher *et al.* (2004) afirmaram que 75% dos jovens que eles pesquisaram passaram por eventos que geraram emoções intensas ou traumas – luto pela morte de parentes, problemas na escola ou em casa, abuso sexual, hospitalização decorrente de aborto ou problemas físicos –, e que estavam na origem da audição de vozes.

A não existência de uma rede ou de mecanismos de suporte (como a escola, família e políticas) voltados para atender adolescentes que têm problemas como esses é um fator de risco para a saúde mental (World Health Organization, 2014) – como foi o caso dos entrevistados. Apenas um deles foi acolhido pela família ao relatar suas dificuldades emocionais. Os demais foram considerados “loucos”, e alguns foram levados ao manicômio ou ao psiquiatra, como veremos mais à frente.

b) Atribuição etiológica – esta subcategoria agrupou os seguintes temas: violência sexual, experiências religiosas ou espirituais, e gatilhos (eventos que fazem a pessoa se sentir

pressionada e/ou geram tensão, sentimentos e emoções, e que têm como consequência a manifestação das vozes). Quatro entrevistados (sendo três mulheres e um homem) sofreram violência sexual, e relataram grande sofrimento e problemas de várias ordens, como Amanda e Larissa:

*Com oito anos eu comecei a ser abusada pelo meu pai, dos oito aos doze. E só acabou quando minha mãe separou dele (...) até os oito anos eu era uma pessoa dita normal, conversava com todo mundo, fazia amizade fácil, e depois que passei por isso com meu pai fiquei mais retraída (...) Com treze anos eu vim pra essa casa, e aí não sei se eu já tinha me livrado do abuso, então assim, eu acho que meio que eu esqueci do abuso, isolei ele, mas aí veio alguma coisa pra tentar ver se, se meio que, a voz vinha pra tentar me alertar (Relato de Amanda)*

*Quando eu tinha onze anos, quando fui abusada. Então o negócio desandou, por esse motivo (...) com catorze quinze anos comecei a sentir tristeza, ficar isolada, os amigos se afastaram. Comecei a sentir medo, perdi o sono. Logo que tive minha filha, tive depressão pós-parto, que minha vó faleceu dias depois. Fiquei muito triste, debilitada, e comecei a ver vultos. Depois vieram as vozes, começou fraquinha, algumas vezes foi de comando, queriam que eu fizesse sempre coisa ruim. Aí minha mãe me levou no Hospital "X". Fiquei lá um tempo, vieram as vontades de se matar, tentei várias vezes, fui internada várias vezes. As internações sempre foram difíceis porque batiam, machucavam, amarrava, deixava sem comida (Relato de Larissa)*

O processo de isolamento de Amanda e Larissa teve início com o estupro – violência que elas relacionaram ao surgimento das vozes. Amanda inclusive afirmou que elas se manifestavam para protegê-la do agressor. A essas mulheres coube o lugar do segredo, sendo que Larissa sofreu negligência por parte da pessoa que ficou sabendo do fato, já que ela teve medo de que algum familiar viesse a matar o estuprador (também da família), e não tomou nenhuma atitude. Essa decisão imprimiu um sentimento de culpa na entrevistada, que é um gatilho para suas vozes. Larissa teve um casamento complicado (o marido ameaçava separar-se dela nas crises, além de cometer outras violências psicológicas), perdeu a avó, foi diagnosticada com depressão, e passou a ter alucinações visuais. As vozes fizeram com que a

família procurasse tratamento, mas as internações no manicômio tiveram o efeito contrário, já que aumentaram seu sofrimento.

As três entrevistadas representam uma realidade mundial: uma em cada três mulheres sofreram ou irão sofrer violência sexual de algum homem que não seja o companheiro (World Health Organization, 2013); e quanto ao período da infância, esse dado passa de uma para cada cinco mulheres (Organização Mundial da Saúde, 2014). Em recente pesquisa, Pedrosa e Zanello (2016) apontaram uma forte correlação entre violência contra mulher, a procura de serviços de saúde mental, e transtornos mentais.

E no que tange às alucinações auditivas, há uma alta interdependência entre o fenômeno e abusos sexuais (Read, Van Os, Morrison, & Ross, 2005; Shevlin, Dorahy, & Adamson, 2007; Longden & Waterman, 2012). Esse dado foi corroborado por Campos e Zanello (2016), que através da análise de prontuários de mulheres que faziam tratamento em um CAPS de uma capital brasileira, constataram que 30,8% haviam sofrido violência sexual, e que nesse grupo houve um maior registro dos psiquiatras quanto à incidência de sintomas psicóticos (como a alucinação auditiva), em comparação a grupos que sofreram outros tipos de violência. Além disso, a violência sexual na infância é um fator preditor de audição de vozes (Read, Agar, Argyle, & Aderhold, 2003).

Outra questão presente nesta subcategoria se referiu às crenças religiosas ou à espiritualidade, como relatou Marta:

*Quando eu vim pra essa Igreja, a irmã teve revelação que comi algo que me fez mal, que quando comecei senti muito enjoô, como se algo dentro de mim quisesse sair, ela falou “você tem que se libertar disso, com louvor, na palavra, vindo pros cursos” (...) fui na consagração, e o pastor revelou, eu acredito porque nunca vi o pastor e ele falou muita coisa de uma amiga minha, “uma amiga sua, é assim assado, mas não é ela, é o espírito que tá nela, tem inveja de você”, que na casa dela fizeram uma oferenda, e eu comi, aí vem tudo acarretando, e era Deus tirando aquilo de dentro de mim, que tava na superfície espiritual, aí comecei a cuspir, mas não saiu comida, só o cuspe como se fosse água, e é isso, no mundo espiritual vai as vezes.*

Outros quatro entrevistados também associaram as vozes a esse tipo de experiência. No caso de Marta, a audição de vozes foi causada por um espírito demoníaco, segundo o pastor que a acolheu. Essa explicação fez muito sentido para a entrevistada, já que o pastor estabeleceu uma relação coerente (para ela) entre as vozes e um acontecimento de vida, e que ela veio a expulsar no ritual de desobsessão uma parte do mal. Com isso ela estabeleceu um compromisso religioso, e procurava se fortalecer por meio de orações e da frequência nas atividades oferecidas pelo local. Nesse sentido, o conhecimento da “origem” das vozes envolve elementos que pertencem ao repertório de vivências e aos mundos de cada ouvitor. Além das experiências religiosas ou espirituais, temos vários outros elementos, como a cultura popular - importante recurso de criação e cuidado na clínica, que desafia os pressupostos tradicionais por auxiliar no processo de recuperação (Costa & Braga, 2013).

Já com relação aos gatilhos, destacamos recortes das falas de Marta e Larissa:

*Então no serviço quando eu comecei tava com resíduo da depressão, mas falei “gente eu preciso ajudar minha mãe”, que ela tava pagando minhas contas, e lá é uma pressão psicológica muito forte, tem o diretor, os dois donos, e é tudo de vidro, e tudo o que acontece ali onde a gente tá, eles ficam olhando, e mandam a pessoa embora assim “não vou com a sua cara, tchau”. Tem câmeras, e eu tava meio travada, naquela pressão psicológica (...) Aí vem as vozes, vem o que o diretor tá pensando, “o quê será que ele tá pensando?” (Relato de Marta)*

*Eu atribuo elas ao stress, porque a minha vida é um pouco parada (...) Quando o clima tá muito tenso, aí elas vêm com toda força, mas quando o tempo tá tranquilo elas vêm e fica ali, e eu tento disfarçar faço alguma coisa (Relato de Larissa)*

Além delas, outros sete entrevistados deixaram clara a associação entre condições ambientais e/ou situacionais, estado emocional, pressão mental, e a “invasão” ou agravamento das vozes. Lembranças de acontecimentos marcantes e pensamentos também podem ser gatilhos, e *stress* e ansiedade são dois dos fatores que mais provocam audição de vozes

(Barnes, Koch, Wilford, & Boubert, 2011). Daniel e Micaela falaram sobre outro importante gatilho:

*Esses dias ouvi a voz de um cara, de dentro do carro da rua, eu tava voltando de algum lugar, e o meu coração acelerou, pensei que ele ia vim fazer alguma coisa comigo. Parece que o que motiva mais elas é tipo isso o medo, acho que isso deixa elas mais forte. (Relato de Daniel)*

*Ela puxa pra dentro do buraco, ele vai abrindo e você vai afundando, é medo da morte, envolve só coisa ruim (...) o medo gera expectativa, não posso dormir, é como se aquela pessoa pudesse mandar e tivesse todas as cartas na manga sobre mim. (Relato de Micaela)*

Esses dois recortes deixam evidente o valor das emoções e sentimentos para a ocorrência das vozes, que além de serem gatilhos (Longden, Corstens, Escher, & Romme, 2012) contribuem para a permanência das manifestações (Freeman & Garety, 2003). Medo, solidão, tristeza, e culpa foram as emoções e sentimentos mais citados e associados às vozes pelos entrevistados.

### **Fenomenologia das vozes**

Esta categoria diz respeito a aspectos topográficos das vozes, ou seja, a variáveis como intensidade, frequência, quantidade, conteúdo, identidade, gênero, forma como se apresentam, valência emocional, e nível de influência, que apareceram nos relatos de todos os entrevistados. Sobre a intensidade e o impacto que causam, Marta afirmou que: “*são coisas ruins de você sentir e te fazer mal, a pressão aumenta, arterial, o pulso*”. E Artur relatou:

*O perturbado nessa situação, procure prestar atenção como ele sente o coração, que começa a ter certas sensações, e quando você vai se autoanalisar você não a quer, ela está ali, como se fosse uma substância colocada pra dominar o coração, é preciso se controlar (...) e um detalhe que tem também, você não tem o controle sobre os órgãos*

*internos, é como se as vísceras não fossem suas, perde as forças fica trêmulo, é como se tivesse perdendo controle sobre o corpo.*

Nesses recortes vemos que as vozes intensificam e/ou alteram os estados ou gatilhos que as geraram. Além de Marta e Artur, todos os outros entrevistados falaram sobre a grande intensidade das vozes, com a perda do controle sobre o corpo - característica comum em ouvidores de vozes clínicos (Baumeister *et al.*, 2016), que pode resultar em estados dissociativos.

As variáveis “frequência” e “quantidade” variaram para cada entrevistado, e podem estar relacionadas à história de vida e aos gatilhos. Quanto ao conteúdo, Fábio relatou: *“Elas invadem minha privacidade, minha vida, a intensidade às vezes é constante, às vezes não. Falam muita coisa ruim que vai acontecer comigo; conteúdo agressivo, que humilha, que te deixa mal”*. E Reinaldo:

*Nunca tive uma vida sexual ativa normal saudável, e quando imagino que vou ter algum dia sempre chegam vozes “você não pode ser gay, você quer ser gay? Ser gay é a coisa mais ridícula do mundo”, aí me sinto castrado porque eu nunca tive uma vida sexual satisfatória, muito sofrida, me causou esse transtorno de esquizofrenia. E aí deixei vozes falando que não posso fazer o que me dá prazer nem nada, infelizmente tenho esses desejos, não queria ter, mas sou homo, mesmo assim me sinto frustrado, e essa situação é o que mais me faz sofrer.*

As vozes mexem com questões que estruturam a vida das pessoas, como fica evidente nesses relatos, o que nos leva a pensar na importância de valorizar o seu conteúdo no trabalho terapêutico e para a compreensão da experiência (Beavan & Read, 2010). Essa variável pode ter conexão com a “origem” das vozes ou algum evento gerador de sofrimento, como Daniel relatou:

*Elas muda de tática constantemente, não brinca só com seu psicológico brinca com seu corpo também, dizem coisas que você não gosta (...) eu sinto coisa aqui no glúteo, me incomoda um pouco, tenho a sensação de que eu to querendo ser tocado, mas não*



*quero ao mesmo tempo, entendeu? Não sei se tem a ver com aquela experiência do vizinho, quando eu era mais novo.*

Daniel fez referência ao abuso sexual que sofreu de um amigo bem mais velho, quando ainda era criança, fato que ele não compartilhou com ninguém. As vozes fazem ele ter sensações nas partes tocadas pelo agressor, e problematizam sua orientação sexual, questão que o deixa bastante perturbado - a ponto de procurar ajuda psiquiátrica, já que sente a proximidade da crise. Os relatos apresentados chamam a atenção para outros dados de Beavan e Read (2010), de que o conteúdo é a variável topográfica que mais afeta ouvintes de vozes e possui uma relação significativa com as respostas emocionais; e de que há uma maior procura de serviços de saúde mental por pessoas que escutam vozes que geram emoções negativas - dado que se aplica aos dez entrevistados. Apenas três deles ouviam vozes com conteúdos positivos, mas com pouca frequência.

Assim como a variável “conteúdo”, é possível que a identidade das vozes possa ter relação com pessoas que marcaram a trajetória biográfica do ouvinte de vozes. Três entrevistados fizeram essa associação, como Reinaldo: *“A que mais me perturba é a do Jessé, ele me magoou bastante, até hoje eu tento esquecer ele, mas toda vez que eu tento ele vem me perturbar, me chama de desgraçado, de doido”*. Outros dois sujeitos de pesquisa disseram que as vozes eram de pessoas que conheciam. A identidade é uma variável que pode ser buscada no trabalho clínico, à medida em que ela pode auxiliar na elaboração de conflitos que estejam na raiz das manifestações (Escher, 2009a).

Quanto ao gênero, apenas três entrevistados não conseguiram identificá-lo (em razão das vozes serem misturadas, ou soarem como uma multidão). Tal resultado problematiza achados de Badcock e Chhabra (2013), cuja revisão apontou que o gênero das vozes em ouvintes clínicos tinha a predominância masculina, enquanto que em não clínicos não havia essa distinção. Dentre os entrevistados que conseguiram identificar o gênero, cinco relataram

que as vozes eram de pessoas conhecidas, e falavam conteúdos relacionados a acontecimentos de vida, como Amanda (que foi estuprada pelo pai diversas vezes, dos oito aos doze anos de idade):

*A maioria das vezes é a negativa de homem, sempre fala coisas que ninguém falaria pra mim, “ah pega toma, toma remédio que você tem e acaba com isso”, é, “tá vendo esse carro se joga na frente dele”, coisas assim. Ah, existe também a voz feminina, que é aonde a masculina tá com muita intensidade, a feminina tenta atravessar, e quando eu tô muito calma eu consigo ouvir ela, mais serenidade, me dá conselhos, “tudo é uma fase, vai passar”, “não dê tanto ouvido a coisas negativas”, “você vai ser forte vai aguentar, até hoje você aguentou, por que você não vai continuar aguentando?”, ela vem como se fosse uma mãe, vem pra me acalmar.*

O relato de Amanda corrobora a afirmação de Escher (2009a) de que “gênero” é uma variável que pode ter relação com o conteúdo e a identidade das vozes (no sentido de ser conhecida ou não). Esse recorte nos traz também uma outra variável topográfica: a “forma”, que de acordo com Escher (2009a) possui três variações mais frequentes: de “comando”, “críticas”, e “prestativas” (p. 59, tradução nossa). Oito entrevistados ouviam vozes que criticavam ações realizadas ou qualquer outro aspecto da vida, como no caso de Marcela: “A escuta de vozes é uma repressão, ‘tá vendo, cê não devia ter feito isso’, é um sentimento de culpa”. Quanto às prestativas, apenas dois as escutavam. Mas a que mais afetou e/ou afetava os entrevistados eram as vozes de comando, que possuíam o poder de influenciá-los a cometerem atos de violência, como relatou Mirela: “A primeira vez ouvi uma voz mandando me matar. Aí subi na passarela, tentei pular, foi horrível, não conseguia me controlar (...) cheguei a colocar fogo no corpo, não sabia o que estava fazendo”.

Todos os entrevistados experimentaram essa forma de manifestação no decorrer de suas trajetórias biográficas, e à época da pesquisa as vozes de comando afetavam seis pessoas. Sete entrevistados tentaram suicídio, e todos tiveram ideação suicida pelo menos durante um período da vida, em razão da valência emocional (intensamente negativa) e da grande

influência que esse tipo de vozes tinha. Essas duas variáveis são também frequentemente presentes em ouvidores de vozes clínicos, segundo a literatura (Larøi, 2012 - quanto à valência emocional; Kråkvik *et al.*, 2015 - quanto ao nível de influência). Outra característica que os entrevistados relataram sobre as vozes de comando é que elas falavam que, caso os comandos não fossem cumpridos, eles teriam problemas mais sérios ainda - razão pela qual eles se sentiam compelidos a obedecê-las.

Apesar das vozes de comando não estarem relacionadas diretamente com tentativas de suicídio, elas podem influenciar pessoas com problemas afetivos, dependentes de substâncias, e quem já havia cometido outras tentativas (Harkavy-Friedman *et al.*, 2003). Além disso, sentimentos como o de fracasso e de aprisionamento (estar em um “buraco sem saída”) são mediadores entre as vozes de comando e as tentativas de suicídio (Taylor *et al.*, 2010), como no caso de Micaela: *“é a pior que tem, que você não pode enfrentar, porque senão você pode cair no buraco de vez”*. Os resultados sugerem portanto a necessidade de haver um suporte mais cuidadoso quando o ouvidor de vozes (seja ele clínico ou não) relatar a presença de vozes de comando. E que assim como a “origem”, as variáveis topográficas devem ser valorizadas no manejo terapêutico, pois favorecem o processo de compreensão das vozes e abrem possibilidade de uma melhor convivência com elas (Baker, 2009).

### **Estratégias de lida**

Nesta categoria procurou-se apresentar técnicas que os entrevistados utilizavam para lidar com as vozes. Ter estratégias e exercitá-las é um ponto crucial no processo de recuperação, pois além de reduzir a influência e o impacto das vozes, traz um maior bem-estar psíquico (Escher, 2009b). Os dados das entrevistas levaram à divisão das estratégias em ativas e passivas – similar à de O’sullivan (1994). As ativas envolveram a realização de qualquer

ação que modificasse o estado em que o ouvidor de vozes se encontrava quando começou a ouvi-las. Elas se subdividiram em: práticas religiosas ou espirituais, atividades físicas, atividades de distração, e atividades de manipulação ativa da atenção. As estratégias passivas se caracterizaram pela não ação. Ambas foram organizadas conforme a tabela a seguir:

Tabela 1  
**Estratégias de lida com as vozes**

Tipos de estratégias		Situação	Número de adeptos
Ativas	Práticas religiosas/espirituais	Orações/falar com Deus	7
		Leitura/estudo de livros sagrados/doutrina	5
		Frequentar locais de práticas religiosas	4
	Atividades físicas	Correr	2
		Caminhar	6
		Frequentar academia de ginástica/Centro esportivo	4
	Manipulação ativa da atenção	Pensar em outra coisa	4
		Ignorar	4
		Evitar confrontação	4
	Atividades de distração	Conversar com alguém pessoalmente	5
		Escutar música	3
		Conversar com alguém no telefone (por mensagem ou ligação)	6
Ler um livro		4	
Fazer tarefas domésticas		3	
Sair de casa/dar um passeio		5	
Passivas (não-ação)		Ficar deitado na cama	3
	Ficar ouvindo as vozes	3	

Todos os entrevistados haviam experimentado pelo menos uma vez alguma estratégia ativa. Dentre elas, destacaram-se as ligadas à religião ou espiritualidade, que foram relatadas como benéficas por sete entrevistados, como Daniel:

*Fui aprendendo a lidar com as vozes, leitura da Bíblia, estudar a Bíblia me ajudou bastante (...) Espiritualidade também ajudou, o lado espiritual assim tava totalmente morrendo tava desnutrido, tive que voltar a uma rotina espiritual, me chegar a Jeová Deus aí deu tudo certo.*

Assim como Daniel, os outros seis entrevistados sentiam conforto e menos angústia quando faziam orações, e em alguns casos as vozes paravam de se manifestar. Outro aspecto citado foi a participação em cultos religiosos, ocasião em que os entrevistados tinham contato com pessoas que os recebiam e os aconselhavam em momentos difíceis. Os resultados corroboram os dados de Almeida, Lotufo Neto e Koenig (2006), de que envolver-se com crenças e práticas espirituais e/ou religiosas traz um maior bem estar psicológico, além do sentimento de pertencimento a um grupo e o suporte social.

Porém, cabe ressaltar que não é toda prática religiosa/espiritual que traz elementos benéficos, já que, como vimos, há possibilidade de intensificação das vozes e agravamento do sofrimento. Isso aconteceu com Reinaldo, que até hoje se ressentido de ter participado de algumas atividades (como rituais de exorcismo e incorporações de espíritos ruins) e conhecido certos líderes religiosos (que segundo ele foram preconceituosos) - já que algumas lembranças são gatilhos para suas vozes.

Seis sujeitos de pesquisa procuravam realizar atividades físicas. Mirela relatou:

*Quando elas mandam fazer alguma coisa, eu mesmo sozinha falo “eu não vou fazer”, e sempre procuro me distrair, vou fazer uma caminhada, se tiver em casa, ou no trabalho converso com alguém, vou na padaria, faço alguma coisa, me movimento, porque se ficar parada, ouvindo, aí elas vão me dominar. Então prefiro fazer as coisas, assim que aprendi a lidar com elas.*

As atividades físicas mais comuns foram a caminhada e exercícios em espaços pertencentes à comunidade ou academias de ginástica, como Larissa afirmou: “*agora que eu tô começando a melhorar um pouco, fazendo caminhada, fazendo ginástica, e isso é um amparo que tá me fazendo bem*”. Ainda no relato de Mirela, nota-se uma atividade de

distração: procurar alguém pra conversar, estratégia que era feita também por telefone. Cabe ressaltar que o telefone é um bom instrumento de suporte, considerando que alguns aparelhos dão acesso à *internet* e às redes sociais. Alguns entrevistados inclusive solicitaram ajuda por mensagens de texto ou áudio, no grupo virtual criado por integrantes do grupo de ouvintes de vozes do CAPS, e foram auxiliados a utilizar estratégias que os tiraram de crises iminentes.

A estratégia ativa menos utilizada foi a manipulação da atenção, relatada por quatro entrevistados, dentre eles Fábio: *“Tento pensar em outras coisas, tento encontrar uma saída no fim do túnel, tento ignorar às vezes, mas não consigo, tento me esquivar. É como se perdesse a coragem de verificar se elas são verdadeiras ou não, é confuso.”* Fábio citou as três técnicas mais utilizadas pelos entrevistados – pensar em outra coisa, ignorar, e esquivar-se (ou evitar a confrontação direta). No entanto, esse tipo de estratégia não era suficiente para que eles compreendessem as vozes e melhorassem a relação com elas (surtia pouco efeito).

As estratégias de lida passivas (deitar na cama, ficar ouvindo as vozes e deixar-se tomar por emoções e sentimentos sem reagir/realizar alguma ação) tiveram três adeptos. Porém, foram os que relataram sofrimento mais agudo, em comparação aos que realizavam estratégias ativas. Além disso, as experiências tinham maior duração e frequência ao longo do dia, e apesar deles terem experimentado estratégias de lida eficazes em outras oportunidades, na maioria das vezes não conseguiam se utilizar delas.

Desta forma, podemos inferir que o movimento é um princípio básico para a lida com as vozes. Os dados encontrados dialogam em grande medida com a literatura (Farhall, Greenwood, & Jackson, 2007; Baker, 2009; Romme *et al.*, 2009), e corroboram a afirmação de Larøi (2012), de que estratégias de lida passivas aumentam o risco de agravamento do quadro clínico; além disso, o ouvinte de vozes deve se utilizar do método que lhe for mais eficiente, já que o emprego de estratégias desajustadas pode levá-lo a um maior sofrimento (De Leede-Smith & Barkus, 2013).

## **Suporte familiar**

Nesta categoria foram reunidos dados que atestam a importância do suporte familiar e/ou social no processo de recuperação em saúde mental, conforme apontado pela literatura (Reis, 2004; Norman *et al.*, 2005; Kuipers *et al.*, 2006; Baker, 2009; Romme *et al.*, 2009; Vasconcelos, 2013; Corstens *et al.*, 2014; Thomas *et al.*, 2014). O relato de Larissa ilustra essa afirmação:

*Eu tenho a minha filha, que me ajuda bastante, que é minha companheira, e que é por ela que eu ainda tô viva, porque se não fosse ela, com certeza eu não estaria aqui falando isso, nossa relação é muito boa muito bonita, ela tem um diálogo muito bom comigo nós somos muito sinceras uma com a outra, mas aí a única coisa que me incomoda mesmo são as vozes.*

Larissa e outros cinco entrevistados recebiam um bom suporte familiar à época da pesquisa (com escuta e abertura para o diálogo), e relataram que esse apoio vinha sendo importante para o processo de recuperação, no que tange às não-internações. No entanto, no relato de Larissa há um ponto que chama a atenção: apesar do suporte da filha e dos pais (que ela citou em outro momento da entrevista), as vozes continuavam a lhe incomodar. Esse dado problematiza alguns achados na literatura - como os de Norman *et al.* (2005), que afirmaram haver uma correlação entre suporte familiar e redução das experiências alucinatórias -, e foi comum aos entrevistados, já que continuavam a ter muitas experiências com as vozes, a despeito do apoio da família.

No entanto, foi possível atestar o cenário oposto: a falta de suporte ou uma relação conflituosa com familiares contribui para o agravamento não só das experiências alucinatórias, mas também do sofrimento, como relatou Reinaldo:

*Eu prefiro conter dentro de mim, porque já falei pra minha mãe muitas vezes ela fala que tô louco, que é coisa da minha cabeça, termina em discussão confusão por isso já desisti de falar pra ela. Se falar pro meu pai não me dá atenção, pra minha irmã também não me dá atenção, e ela não acredita no que eu sinto ela quer pregar e aí dá discussão então parei de falar pra ela.*

A falta de escuta e a desqualificação dos familiares de Reinaldo acabavam gerando conflitos e crises, e foi um fato comum entre os entrevistados: seis deles relataram que nas primeiras experiências com as vozes os familiares achavam que eles tinham ficado “doidos”, e três afirmaram que foram considerados “doentes”. Apenas um teve sua dificuldade acolhida (foi levado a um Centro Espírita para desenvolver a mediunidade). Oito entrevistados tiveram ao menos uma internação em manicômios, e em razão das violências sofridas nesses locais, seus familiares preferiam não mais fazer uso desse recurso. Fábio retratou o julgamento que recebia dos familiares:

*A família acha que o medicamento resolve tudo, me chamam de doente, de doido, reclamam por ter que comprar remédio, cobram coisas que não posso dar ainda, mas a doença não permite trabalhar, não têm muita compreensão, de uma pessoa que está precisando de ajuda, e não de hostilização. Quando entro em crise, ajudam com o remédio, hospital. É como se não acreditassem que estou doente, como se tivesse escolhido ficar doente. (Relato de Fábio)*

Nesse recorte fica evidente um julgamento moral conferido às vozes de Fábio. O que mais se destaca no caso dele é que outras pessoas da família também escutam vozes, mas por conseguirem realizar suas atividades sem tantas limitações (como trabalhar, por exemplo), julgam que ele também possa, e lhe fazem pressões e cobranças. Conseqüentemente, essa postura interfere na possibilidade de melhora tanto na relação com as vozes, quanto em seu estado de saúde.

Outro elemento presente nas atitudes dos familiares de Reinaldo, Fábio, e de outros cinco entrevistados, é a atribuição de sentido religioso para as vozes. Essa questão também pode contribuir para a intensificação das manifestações, já que dependendo da forma como é



feita, e da crença do ouvidor de vozes (que pode não ser a mesma dos outros familiares), gera sentimentos e emoções de valência negativa – que são gatilhos para as vozes. Essa situação acontecia com Micaela. Sua mãe fazia parte de uma religião neopentecostal, e costumava ouvir do pastor que as alucinações eram coisa do diabo, e que as pessoas deveriam ser exorcizadas para tirá-lo do corpo. Segundo Micaela: *“Minha mãe fala que é o diabo. Agora os filhos não acham isso, mas tios, primos, nem sabem da minha situação”*.

A postura da mãe de Micaela já levou a entrevistada a ter crises, já que ela sente culpa, fica extremamente irritada, e costuma buscar o caminho do isolamento. Em razão desses e de outros problemas com familiares (como por exemplo o preconceito travestido de “brincadeiras”, ou a ameaça de internação no manicômio), cinco entrevistados preferiam não compartilhar que estavam ouvindo vozes – questão que também pode levar à intensificação das alucinações e à crise.

Apesar do suporte familiar não ser condição suficiente para a redução da audição de vozes - e que portanto outros fatores (tais como a “origem” das vozes, fenomenologia e formas de enfrentamento) devem ser explorados na análise e manejo do fenômeno -, ressaltamos que, quando isso não acontece, aumenta-se a chance de que se inicie uma carreira psiquiátrica. E por sua vez, esta questão traz implicações para o ouvidor de vozes tais como a medicalização, o estigma social, o aumento do sofrimento, e limitações de várias outras ordens - como aconteceu com Marcela, momentos após sua primeira experiência de audição:

*Cheguei em casa, chamei minha família e falei “gente, eu sou paranormal!”. Minha mãe falou assim “Marcela vamo ali” me levou no psiquiatra. E a psiquiatra que é evangélica, pegou e ela falou “isso aí é esquizofrenia”, e passou Lítio e passou coisa, e aí eu fui ficando foi pior.*

O relato de Marcela e outros que foram apresentados ao longo deste trabalho salientam o fato de que a família é uma importante rede de suporte – senão a principal -, já que em

muitos casos ela é o primeiro (e talvez o único) ambiente que a pessoa procura para ter ajuda. Sendo assim, recomenda-se aos familiares e/ou cuidadores uma postura acolhedora e de auxílio ao ouvidor de vozes na compreensão de suas experiências, por meio de escuta e diálogo aberto.

### **Considerações finais**

Os resultados deste estudo apontaram dimensões da vida que podem estar regendo as experiências com as vozes, estruturadas em meio a contextos de sofrimentos que não puderam ser nomeados e/ou compartilhados. Entender o fenômeno apenas como sintoma de doença mental não é, portanto, o caminho mais adequado, já que ele carrega uma multiplicidade de sentidos – que podem guiar o processo de lida e recuperação (Longden *et al.*, 2012). Deste modo, o primeiro ponto a ser destacado é a necessidade de escutar o que a pessoa ou as vozes que ela escuta têm para falar.

De acordo com os relatos, a questão da violência marcou indelevelmente a vida dos entrevistados, trazendo prejuízos como isolamento, solidão, e tristeza. Em se tratando de mulheres que escutam vozes, é possível que tenham sofrido ou que ainda sofram violência – questão que é comum de ser ouvida nos relatos de mulheres que procuram os serviços de saúde mental (Pedrosa & Zanello, 2016). Cabe ressaltar que questões de gênero condicionam ou determinam o adoecimento – como ficou evidente em alguns relatos -, e que não levá-las em consideração no acompanhamento e tratamento dos casos pode agravar a situação (Zanello & Silva, 2012). A questão da violência, portanto, deve ser explorada com profundidade no cuidado de ouvidores de vozes brasileiros, considerando que possui elementos específicos da nossa cultura que diferem dos dados de pesquisadores ligados ao

HVM/*Intervoice* – os quais são obtidos em países menos violentos e com maior nível educacional.

Apesar de a religiosidade e a espiritualidade terem aparecido como tema transversal que alinhavou as vivências em três das quatro categorias – “origem das vozes”, “estratégias de lida”, e “suporte familiar” -, o mesmo não foi observado na literatura do HVM/*Intervoice* analisada – que não as apresentou com tanta frequência. Assim como a questão da violência, faz-se mister pensar especificidades culturais atinentes a essas duas dimensões no Brasil, levando em consideração que somos marcados por um forte sincretismo religioso, com profundas raízes históricas. Ou seja, para a compreensão de experiências de audição de vozes em nosso país, é necessário considerar que intervenções e contatos com seres espirituais são elementos centrais, frequentes e palpáveis, na vida de milhões de pessoas (Bizerril, 2007).

Além disso, é fundamental escutar e dialogar sobre as experiências, e desenvolver atividades que reduzam a carga de *stress* ou emocional. Os profissionais devem fornecer suporte para construção de redes (amigos, familiares, e saúde), pois elas são indispensáveis para o processo de recuperação. Outra alternativa essencial é a criação de grupos de ouvintes de vozes, que facilitam a compreensão das experiências e reduzem seus impactos (Romme, 2009a).

Este estudo possui limitações, como amostra pequena, e a utilização de um roteiro semiestruturado para as entrevistas – orientado por uma linha de pensamento. Desta forma, cabe o alerta sobre generalizações dos resultados encontrados, apesar de estarem alinhados com a literatura especializada na temática. É importante ressaltar ainda que a audição de vozes pode também ter um componente fisiológico, e que há um campo científico de pesquisa destinado a estudá-lo. Portanto, é necessário que cada caso seja analisado, e que a construção do plano terapêutico tenha como protagonista o ouvinte de vozes, a partir daquilo que melhor lhe convir.

Apesar das limitações, este estudo provê o campo da saúde com dados que indicam possibilidades de compreensão e cuidado com experiências de audição de vozes, e que alertam familiares, profissionais e ouvidores de vozes acerca da importância de tratar a questão para além do reducionismo biomédico. Sugerimos que pesquisas futuras realizadas no Brasil sobre o tema se aprofundem em saberes específicos pertencentes a algumas tradições xamânicas (como a etnia indígena *Kamayurá*, do Alto Xingú), e de religiões de matriz-africana como a umbanda e o candomblé – nas nações Angola, Iorubá-Ketu, e Jeje, entre outras.

Isso poderia contribuir para a reflexão sobre a lida e a compreensão da audição de vozes (e outras experiências) de uma forma mais original e aplicável à nossa realidade, considerando que os saberes do HVM/*Intervoice* são provenientes de países pertencentes ao Norte, que possuem uma outra lógica de estruturação em sociedade. Além disso, há necessidade de que mais pesquisas sejam feitas, e possam explorar questões relativas a gênero, raça, orientação sexual, credo religioso, abordagens no manejo com as vozes, e populações não clínicas, entre outras, já que com isso há possibilidade de uma maior qualidade de vida e de suporte para ouvidores de vozes e seus cuidadores.

### Referências

Almeida, A.M., & Lotufo Neto, F. (2003). Diretrizes metodológicas para investigar estados alterados de consciência e experiências anômalas. *Rev. Psiq. Clín.*, 30(1), 21-28.

Almeida, A. M. (2004). *Fenomenologia das experiências mediúnicas, perfil e psicopatologia de médiuns espíritas*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Almeida, A.M., Lotufo Neto, F., & Koenig, H.G. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 242-50.

Almeida, A.M., & Cardeña, E. (2011). Diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e psicóticas não patológicas e transtornos mentais: uma contribuição de estudos latino-americanos para o CID-11. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(1), S21-S28.

Alminhana, L.O., & Menezes, A. Jr. (2016). Experiências Religiosas/Espirituais: dissociação saudável ou patológica? *Horizonte*, 14(41), 122-143.

Baccari, I.O.P., Onocko Campos, R.T., & Stefanello, S. (2015). *Recovery*: revisão sistemática de um conceito. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1), 125-136.

Badcock, J.C., & Chhabra, S. (2013). Voices to reckon with: perceptions of voice identity in clinical and non-clinical voice hearers. *Front. Hum. Neurosci.*, 7, 1-9.

Baker, P. (2009). *The voice inside: a practical guide for and about people who hear voices*. Port of Ness: P&P Press.

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

Barnes, J., Koch, L., Wilford, C., & Boubert, L. (2011). An investigation into personality, stress and sleep with reports of hallucinations in a normal population. *Psychology*, 2(4), 371-375.

Baumeister, D., Sedgwick, O., Howes, O., & Peters, E. (2016). Auditory verbal hallucinations and continuum models of psychosis: A systematic review of the healthy voice-hearer literature. *Clinical Psychology Review*, 51, 125–141.

Beavan, V., & Read, J. (2010). Hearing voices and listening to what they say: the importance of voice content in understanding and working with distressing voices. *J Nerv Ment Dis*, 198, 201–205.

Bizerril, J. (2007). Dilemas Classificatórios: fronteiras entre a experiência religiosa e a psicopatologia. In: Freitas, M.H., & Pereira, O.P. *Vozes do Silenciado: Estudos nas Fronteiras da Filosofia, Antropologia e Psicologia*. Brasília: Universa.

Boydell, J., Van Os, K., McKenzie, K., & Murray, R.M. (2004). The association of inequality with the incidence of schizophrenia - an ecological study. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 39, 597–599.

Campos, I.O., & Zanello, V. (2016). Saúde mental e gênero: o sofrimento psíquico e a invisibilidade das violências. *Vivência: Revista de Antropologia*, 1(48), 105-117.

Corstens, D., Longden, E., McCarthy-Jones, S., Waddingham, R., & Thomas, N. (2014). Emerging perspectives from the hearing voices movement: implications for research and practice. *Schizophr Bull*, 40, S285–S294.

Costa, I.I. (2013). *Intervenção precoce e crise psíquica grave: fenomenologia do sofrimento psíquico*. Curitiba: Juruá.

Costa, I.I., & Braga, F.W. (2013). Clínica sensível à cultura popular na atenção ao sofrimento psíquico grave. *Fractal Rev. Psicol.*, 25(3), 547-562.

Daalman, K., Boks, M.P.M., Diederer, K.M.G., Weijer, A.D., Blom, J.D., Kahn, R.S., & Sommer, I.E.C. (2011). The Same or Different? A Phenomenological Comparison of Auditory Verbal Hallucinations in Healthy and Psychotic Individuals. *J Clin Psychiatry*, 72(3), 320-325.

De Leede-Smith, S., & Barkus, E. (2013). A comprehensive review of auditory verbal hallucinations: lifetime prevalence, correlates and mechanisms in healthy and clinical individuals. *Front Hum Neurosci*, 7, 1-25.

Escher, A., Morris, M., Buiks, A., Delespaul, P., Van Os, J., & Romme, M. (2004). Determinants of outcome in the pathways through care for children hearing voices. *Int.J.Soc.Welf.*, 13, 208–222.

Escher, S. (2009a). Making sense of voices: the relationship between the voices and the life history. In: Romme, M.; Escher, S.; Dillon, J.; Corstens, D.; Morris, M. *Living with voices: 50 stories of recovery*. Birmingham City University: PCCS Books.

Escher, S. (2009b). Accepting voices and finding a way out. In: Romme, M.; Escher, S.; Dillon, J.; Corstens, D.; Morris, M. *Living with voices: 50 stories of recovery*. Birmingham City University: PCCS Books.

Escher, S., Hage, P., & Romme, M. (2011). *Voice hearing: a questionnaire*. Disponível em: <http://www.hearingvoices.org.nz>

Escher, S., & Romme, M. (2011). The hearing voices movement. In: Blom, J.D., & Sommer, I.E.C. *Hallucinations: research and practice*. New York: Springer. Acesso em 19 de janeiro, 2017, em <http://www.sgha.net/library/Hallucinations2.pdf>

Farhall, J., Greenwood, K.M., & Jackson, H.J. (2007). Coping with hallucinated voices in schizophrenia: A review of self-initiated strategies and therapeutic interventions. *Clinical Psychology Review*, 27, 476–493.

Ford, J.M., Morris, S.E., Hoffman, R.E., Sommer, I., Waters, F., McCarthy-Jones, S., Thoma, R.J., Turner, J.A., Keedy, S.K., Badcock, J.C., & Cuthbert, B.N. (2014). Studying hallucinations within the NIMH RDoC framework. *Schizophrenia Bulletin*, 40(4), S295-S304.

Freeman, D., & Garety, P.A. (2003). Connecting neurosis and psychosis: the direct influence of emotion on delusions and hallucinations. *Behav Res Ther.*, 41, 923–947.

Godoy, D.B.D.O.A. (2012). *Modelagem topológica da possessão: sujeito e alteridade na umbanda*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Hardy, S. A., & Carlo, G. (2005). Religiosity and prosocial behaviours in adolescence: The mediating role of prosocial values. *Journal of Moral Education*, 34(2), 231-249.

Harkavy-Friedman, J.M., Kimhy, D., Nelson, E.A., Venarde, D.F., Malaspina, D., & Mann, J.J. (2003). Suicide attempts in schizophrenia: the role of command auditory hallucinations for suicide. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 871–874.

Hill, K., & Linden, D.E.J. (2013). Hallucinatory experiences in non-clinical populations. In: R. Jardri, A., Cachia, P., Thomas, & D. Pins. *The Neuroscience of Hallucinations*. New York: Springer.

Honig, A., Romme, M., Ensink, B.J., Escher, S., D., Pennings, M.H., & deVries, M.W. (1998). Auditory hallucinations: A comparison between patients and nonpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(10), 646–651.

Kalhovde, A. M., Elstad, I., & Talseth, A. G. (2013). Understanding the experiences of hearing voices and sounds others do not hear. *Qualitative Health Research*, 23(11), 1470-1480.

Koenig, H.G., King, D.E., & Carson, V.B. (2012). *Handbook of religion and health*. Oxford university press. Disponível em: <https://books.google.com.br>

Kråkvik, B., Larøi, F., Kalhovde, A. M., Hugdahl, K., Kompus, K., Salvesen, Ø., & Vedul-Kjelsås, E. (2015). Prevalence of auditory verbal hallucinations in a general population: A group comparison study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56, 508-515.

Kuipers, E., Garety, P., Fowler, D., Freeman, D., Dunn, G., & Bebbington, P. (2006). Cognitive, emotional, and social processes in psychosis: refining cognitive behavioral therapy for persistent positive symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 32, S24-S31.

Larøi, F. (2012). How do auditory verbal hallucinations in patients differ from those in non-patients? *Frontiers in Human Neuroscience*, 6, 1-9.

Longden, E., Corstens, D., Escher, S., & Romme, M. (2012). Voice hearing in a biographical context: a model for formulating the relationship between voices and life history. *Psychosis*, 4, 224–234.

Longden, E., & Waterman, A.M.M.G. (2012). Dissociation, trauma, and the role of lived experience: toward a new conceptualization of voice hearing. *Psychological Bulletin*, 138(1), 28–76.

Longden, E., Corstens, D., & Dillon, J. (2013). Recovery, discovery and revolution: the work of Intervoiced and the hearing voices movement. In: *Madness contested: power and practice*. Coles, S., Keenan, S., & Diamond, B. Ross-on-Wye: PCCS Books.

McCarthy-Jones, S., Thomas, N., Strauss, C., Dogdson, G., Jones, N., Woods, A., Brewin, C.R., Hayward, M., Stephane, M., Barton, J., Kingdon, D., & Sommer, I.E. (2014). Better than mermaids and stray dogs? Subtyping auditory verbal hallucinations and its implications for research and practice. *Schizophr Bull*, 40(4), S275–S284.

Menezes, A. Jr., & Almeida, A.M. (2009). Differential diagnosis between spiritual experiences and mental disorders of religious content. *Rev Psiq Clín*, 36(2), 75-82.

Norman, R.M.G., Malla, A.K., Manchanda, R., Harricharan, R., Takhar, J., & Northcott, S. (2005). Social support and three-year symptom and admission outcomes for first episode psychosis. *Schizophr Res.*, 80, 227–234.

Organização Mundial da Saúde. (2014). Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência. Tradução do Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://nevus.org>

O'sullivan, K. (1994). Dimensions of coping with auditory hallucinations. *Journal of Mental Health*, 3(3), 351-361.

Pedrosa, M., & Zanello, V. (2016). (In)visibilidade da violência contra as mulheres no serviço de saúde mental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(n. esp), 1-8.

Read, J., Agar, L., Argyle, N., & Aderhold, V. (2003). Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 1–22.



Read, J., Van Os, J., Morrison, A.P., & Ross, C.A. (2005). *Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications*, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 330-350.

Reis, F. (2004). Intervenção psicoeducativa nas famílias de esquizofrénicos. *Psilogos*, 1(1), 19-41.

Romme, M. (2009a). Hearing voices groups. In: Romme, M., Escher, S., Dillon, J., Corstens, D., & Morris, M. *Living with voices: 50 stories of recovery*. Birmingham City University: PCCS Books.

Romme, M. (2009b). What causes hearing voices? In: Romme, M., Escher, S., Dillon, J., Corstens, D., & Morris, M. *Living with voices: 50 stories of recovery*. Birmingham City University: PCCS Books.

Romme, M, Escher, S., Dillon, J., Corstens, D., & Morris, M. (2009). *Living with voices: 50 stories of recovery*. Birmingham City University: PCCS Books.

Shevlin, M., Dorahy, M., & Adamson, G. (2007). Childhood traumas and hallucinations: an analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Psychiatric Research*, 41(3), 222–228.

Taylor, P.J., Gooding, P.A., Wood, A.M., Johnson, J., Pratt, D., & Tarrier, N. (2010). Defeat and entrapment in schizophrenia: the relationship with suicidal ideation and positive psychotic symptoms. *Psychiatry Research*, 178, 244–248.

Telles-Correia, D., Moreira, A.L., & Gonçalves, J.S. (2015). Hallucinations and related concepts – their conceptual background. *Frontiers in Psychology*, 6, 1-9.

Thomas, N., Hayward, M., Peters, E., van der Gaag, M., Bentall, RP., Jenner, J., Strauss, C., Sommer, I.E., Johns, L.C., Varese, F., García-Montes, J.M., Waters, F., Dodgson, G., & McCarthy-Jones, S. (2014). Psychological Therapies for Auditory Hallucinations (Voices): Current Status and Key Directions for Future Research. *Schizophr Bull*, 40, S202-S212.

Van Os, J., Driessen, G., Gunther, N., & Delespaul, P. (2000). Neighbourhood variation in incidence of schizophrenia. Evidence for person-environment interaction. *Br J Psychiatry*, 176, 243–248.

Vasconcelos, E.M. (2013). *Manual [de] ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde.

World Health Organization. (2013). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Disponível em: <http://apps.who.int>

World Health Organization. (2014). Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. Disponível em: [www.who.int](http://www.who.int)

Zanello, V., & Silva, R.M.C. (2012). Saúde mental, gênero e violência estrutural. *Revista Bioética*, 20(2), 267-279.

## O grupo de ouvidores de vozes como um dispositivo de cuidado em saúde mental

### Resumo

Frequentadores de um Centro de Atenção Psicossocial II de uma capital brasileira relatavam grande sofrimento com experiências de alucinação auditiva, mesmo seguindo o tratamento prescrito pela equipe de saúde. Considerando esse problema, foi criado um grupo de ouvidores de vozes no local. Este artigo teve como objetivo analisar experiências desse grupo, de modo a contribuir para reflexões sobre a importância desse dispositivo no tratamento. Para isso, utilizou-se uma metodologia qualitativa para a coleta e análise dos dados. Sessenta e dois diários de campo foram confeccionados pelo pesquisador ao término das sessões, ao longo dos dezoito meses de realização da atividade. Após a análise desses diários, organizaram-se os dados segundo as especificidades do funcionamento do grupo, de acordo com três grandes espectros estruturais temporais e um aspecto dinâmico. Os estruturais foram: “apresentação”, “trocas de experiências”, e “fechamento”. O aspecto dinâmico foi denominado “manejo terapêutico”. O momento da apresentação foi importante para dar início às trocas de experiências, por meio das quais os participantes relataram acontecimentos relacionados às vozes - questão que promoveu fatores terapêuticos. O manejo terapêutico serviu para garantir a fluidez do acontecimento do grupo e dos próprios fatores terapêuticos. Conclui-se que tal dispositivo amplia a capacidade de cuidado do serviço, e recomenda-se a adoção de grupos com esse formato nas instituições de saúde mental.

**Palavras-chave:** grupo de ouvidores de vozes; alucinação auditiva; saúde mental; Centro de Atenção Psicossocial; psicoterapia em grupo.

Este estudo teve como ponto de partida o incômodo quanto ao fato de que frequentadores de um Centro de Atenção Psicossocial II<sup>23</sup> (CAPS II) reclamavam da ineficácia das medicações para o tratamento das vozes que somente eles ouviam – sintoma esse chamado de “alucinação auditiva verbal”, e que nas sociedades modernas ocidentais tem sido tomado, ainda que equivocadamente, como sintoma de esquizofrenia<sup>24</sup> (Bauer *et al.*, 2011). A alucinação auditiva é um fenômeno sensoperceptivo que se manifesta desde pensamentos vívidos e intrusivos e imagens auditivas, à escuta de vozes e sons (Johns *et al.*, 2014). Há um estranhamento por parte de quem as escuta, em razão da forte impressão de que é um outro que fala (Ford *et al.*, 2014).

<sup>23</sup> Destinado ao cuidado de pessoas com transtornos mentais graves ou persistentes.

<sup>24</sup> É necessário destacar que não existe signo patognomônico em saúde mental (Martins, 2003). Ou seja, a alucinação auditiva pode estar presente ainda em outros quadros clínicos como a epilepsia, abuso de substâncias, demência, e nos transtornos de humor, dentre outros (Larøi *et al.*, 2012). A literatura aponta que taxas de ouvidores de vozes não clínicos na população geral de alguns países variam de 0,6% a 31,4% (Beavan, Read, & Cartwright, 2011; Nuevo *et al.*, 2012) – o que torna problemática a associação do fenômeno a uma doença mental, conforme a lógica biomédica tradicional postula.

Muitos desses frequentadores estavam em tratamento no local há anos, e participavam de grupos terapêuticos e de outras atividades oferecidas pelo serviço. Mas apesar de apresentarem uma condição clínica melhor em comparação à época em que eram internados e tratados em hospitais psiquiátricos (manicômios), eles não conseguiam se “livrar” das vozes – as quais podem causar isolamento, limitações para trabalhar, e, em alguns casos, são tão insuportáveis que levam ao suicídio (Kalhovde, Elstad, & Talseth, 2013).

Diante desse problema, decidiu-se pela criação de um grupo no CAPS destinado a trabalhar especificamente o fenômeno da “audição de vozes” (Romme & Escher, 1989, p.1, tradução nossa). Esse tipo de dispositivo tem vantagens em relação a grupos compostos com demandas variadas, pois os participantes se sentem à vontade para falar sobre as vozes, além do aumento da integração e de trocas que se dão no sentido de um cuidado mais apropriado (Ruddle, Mason, & Wykes, 2011). Tal estratégia ainda não havia sido utilizada pelo serviço.

O grupo foi chamado de “ouvidores de vozes” e sua metodologia foi inspirada em grupos desenvolvidos pelo “Movimento de Audição de Vozes” – em inglês, *Hearing Voices Movement* (HVM)<sup>25</sup> (Escher & Romme, 2011, p. 385, tradução nossa). A “Abordagem da Audição de Vozes” (Dillon & Hornstein, 2013, p. 294, tradução nossa) do HVM se propõe a oferecer um espaço de escuta e troca de experiências. As atividades são coordenadas por um facilitador (de preferência um ouvidor de vozes), que precisa apenas de sensibilidade e disposição para ouvir e acolher as demandas, e mediar conflitos (quando necessário). Por ser um grupo terapêutico, ele proporciona o sentimento de segurança, e facilita o processo de compreensão e a lida com as vozes, já que as pessoas são auxiliadas a enxergar questões que podem estar desencadeando as manifestações (e que são difíceis de serem percebidas por conta própria), e a encontrar sentidos para suas narrativas (Dillon & Hornstein, 2013).

---

<sup>25</sup> O HVM é coordenado atualmente pela Intervice - “Rede Internacional para Treinamento, Educação e Pesquisa em Audição de Vozes” (Longden, Corstens, & Dillon, 2013, p. 162, tradução nossa).

Segundo Baker (2009), ao compreender a audição de vozes como uma manifestação real e não patológica da existência - que deve ser acolhida, ouvida e qualificada -, essa abordagem contribuiu para abalar o domínio do modelo biomédico tradicional no trato da questão, e trouxe benefícios para ouvidores de vozes, amigos, familiares, e profissionais. Além disso, ela estimulou o fomento de pesquisas e o desenvolvimento de redes de suporte que têm auxiliado um grande número de pessoas a saírem do sistema dependente do manicômio/serviço de saúde - e inclusive do estigma associado a diagnósticos psiquiátricos (Corstens, Longden, McCarthy-Jones, Waddingham, & Thomas, 2014).

Considerando essas questões, este artigo teve o objetivo de analisar experiências de um grupo de ouvidores de vozes de um CAPS II de uma capital brasileira, de modo a contribuir para reflexões sobre a importância desse dispositivo no tratamento em saúde mental. Para isso, diários de campo dos encontros realizados entre março de 2015 e setembro de 2016, redigidos pelo pesquisador, foram analisados.

### **A história do grupo e o método de análise**

Este estudo utilizou-se de uma metodologia qualitativa para a coleta e análise dos dados, e fez parte de uma pesquisa de caráter empírico que tinha como objeto o fenômeno da alucinação auditiva. Sua execução foi possível a partir da criação de um grupo de ouvidores de vozes em um CAPS II de uma capital brasileira, que teve este pesquisador como facilitador – tarefa que foi executada com base nas recomendações de Dillon e Hornstein (2013). Para que o grupo pudesse começar suas atividades, o projeto de pesquisa foi apresentado à gerência, e em seguida em uma reunião com a equipe técnica do serviço.

Estipularam-se os seguintes critérios de inclusão para os participantes do grupo: 1) ouvir vozes com frequência ou ter tido ao menos uma experiência; 2) ser voluntário; 3)

concordar em participar do projeto. Foi solicitado à equipe que o limite máximo de integrantes fosse oito, já que inicialmente seria feito um estudo piloto para avaliar condições mais adequadas para o funcionamento da atividade – era comum, no CAPS, os grupos terem uma média de quinze pessoas, e isso poderia prejudicar as trocas de experiências e o manejo terapêutico.

Os profissionais da equipe apresentaram a proposta em seus grupos, e depois passaram ao pesquisador nomes de usuários que se interessaram pela atividade. Através de contato telefônico ou conversas no CAPS, o projeto foi esclarecido, e então teve início, contando na primeira atividade com somente um participante. Com o passar do tempo, em função das demandas que foram surgindo, houve uma recomposição da proposta inicial (que previa oito participantes), de maneira que em algumas sessões tivemos a presença de um número maior de pessoas - não só das que faziam tratamento no CAPS, como também de parentes e amigos.

Ao longo dos 18 meses de funcionamento, houve uma rotatividade grande de pessoas. Passaram pelo grupo ao todo 31 ouvidores de vozes, dez familiares e três amigos – estes últimos em sete sessões, sendo apenas três delas combinadas previamente. Doze participantes do grupo eram do sexo masculino e dezenove do sexo feminino. As idades variaram entre 23 e 65 anos, e aspectos como raça, condição socioeconômica, diagnósticos, e nível de escolaridade foram bastante heterogêneos. A audição de vozes, e limitações ou dificuldades de ordem psicossocial (como o estabelecimento de rede de amizades, trabalhar ou estudar, por exemplo) foram aspectos comuns entre os participantes.

Treze ouvidores de vozes estiveram presentes ao menos em dez encontros. A média de frequência por encontro foi de cinco pessoas - quantitativo que já era esperado, dadas as características de funcionamento da atividade. Além disso, os participantes relataram que as vozes passaram a incomodá-los sobretudo no dia do grupo, e isso prejudicou a frequência nas sessões. Quatro pessoas decidiram parar de frequentar o grupo em razão de: desconforto ao

ouvirem relatos de outros participantes e/ou ao falarem sobre a história de vida, já que lembravam de acontecimentos que evocavam muito sofrimento ou o agravamento das vozes; não remissão do sintoma (uma delas acreditou que as vozes cessariam com a entrada no grupo); e horário de término da atividade, que colocava em risco a integridade do participante, já que morava em um local perigoso (com alta incidência de crimes na parte da noite).

Após cada encontro o pesquisador narrou em um gravador o que havia acontecido na sessão – alguns relatos, temas, e outros acontecimentos relevantes. Ao todo, foram 62 narrativas sobre os encontros. O tempo total de gravação foi de 15 horas e 25 minutos, com uma média de 15 minutos para cada registro. Os áudios foram transcritos para que pudessem formar o *corpus* e serem analisados.

A partir da análise dos diários, utilizou-se de três espectros temporais estruturadores de (psico)terapias de grupo em geral<sup>26</sup> para a organização dos dados: “apresentação”, “trocas de experiências”, e “fechamento”; além de um aspecto dinâmico, denominado de “manejo terapêutico”, que foi utilizado nos três espectros citados para garantir a fluidez do acontecimento do grupo e dos fatores terapêuticos (alinhando-os). Os três espectros e o aspecto dinâmico serão descritos no próximo tópico.

Este estudo seguiu os princípios ético-científicos prescritos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2013), e teve aprovação dos comitês de ética das instituições responsáveis pela realização de pesquisas – a Instituição de Ensino Superior e a Secretaria de Estado de Saúde -, através dos códigos CAAE: 52032315.6.0000.5540 e 52032315.6.3001.5553, respectivamente. No intuito de resguardar o sigilo dos participantes, utilizou-se nomes fictícios e omitiu-se outras informações pessoais.

---

<sup>26</sup> Alguns autores como Luchins (1970) e Yalom e Leszcz (2006) postularam que a sessão em grupo se divide em três etapas: o momento inicial, que serve como um aquecimento para que temas importantes para o grupo surjam; o momento de desdobramento das discussões, que toma a maior parte da atividade; e o encerramento do grupo, que é marcado pelo término do tempo da sessão. Neste estudo optou-se por nomeá-las como “espectros”, apesar de seguirem a mesma lógica estabelecida por esses autores.

## O funcionamento do grupo

Antes de adentrarmos na descrição dos espectros, é necessário contextualizar o *setting* de funcionamento do grupo de ouvidores de vozes. Segundo Zimmerman (2007), o “enquadre” ou “*setting*” (p. 144) é um elemento essencial para o desenvolvimento do grupo, já que ele é constituído por elementos que normatizam, organizam e dão possibilidade para que o processo terapêutico aconteça. A atividade tinha um horário específico no cronograma semanal do CAPS. Cada sessão teve em média o tempo de uma hora e trinta minutos, com a frequência de uma vez por semana, em um período de dezoito meses. A maioria das sessões foi realizada em uma sala de atividades no interior do CAPS, a fim de proporcionar um ambiente reservado. Ainda assim, por algumas ocasiões, tanto em virtude da falta de lugar para realizar a atividade, quanto por solicitação dos participantes, alguns encontros foram feitos em espaços abertos (inclusive fora do CAPS).

Após os nove primeiros meses, o grupo passou a se desenvolver sem um limite definido de participantes, e as pessoas tinham liberdade para comparecer ou não. Essa decisão teve como objetivo dar a possibilidade para que o ouvidor de vozes escolhesse a atividade de acordo com seu desejo, implicando-se em suas questões e assumindo o papel principal, de protagonista, no tratamento. Além disso, alguns encontros foram abertos também a familiares e amigos, e eles participaram até mesmo de sessões que não haviam sido programadas para recebê-los – após terem recebido o aval de todos os integrantes presentes na sessão.

Com 15 meses de funcionamento, o grupo não havia sentido ainda a necessidade de estabelecer “combinados de convivência”, ou seja, regras para evitar conflitos. Isso acabou acontecendo por solicitação de alguns participantes, após uma sessão em que três deles tiveram uma discussão. As regras estabelecidas tinham o objetivo de: proporcionar um tempo de fala equivalente a todos; respeitar a experiência e o posicionamento de cada integrante;



evitar interromper quem estivesse falando; e evitar impor crenças religiosas. Cabe ressaltar que esse tipo de estratégia pode ser construída coletivamente, assim que o grupo estiver formado, e lembrada em situações de conflito ou reajustada, caso necessário.

Considerando a possibilidade de perda de sentidos em função de alguma crise<sup>27</sup> - situação que aconteceu algumas vezes no grupo -, foi necessário preparar o ambiente, de modo que ele ficasse seguro e confortável, deixando à disposição colchonetes (para que o participante não se machucasse com uma queda) e água. O facilitador pôde ainda estar de posse de um telefone celular para acionar algum integrante da equipe de saúde, em caso de emergência.

Na apresentação dos espectros, faremos outras considerações sobre o funcionamento do grupo. Além de recortes dos diários, serão apresentados os temas que mais estiveram presentes nas sessões, a forma como foram encaminhados e “fatores terapêuticos<sup>28</sup>” (Yalom & Leszcz, 2006, p. 23) promovidos por meio das experiências do grupo.

## **Apresentação**

As sessões começavam de dois modos diferentes, dependendo de quem estivesse presente. No caso da presença de novos participantes, o facilitador solicitava que todos se apresentassem, falando o nome, e como chegaram ao grupo (caso se sentissem à vontade). Essa solicitação teve o intuito de trazer conteúdos que pudessem ser tematizados no grupo e facilitou o processo de empatia e identificação entre os membros, como Mônica relatou:

---

<sup>27</sup> Segundo Caplan (1966), crise é um estado caracterizado por um grande desequilíbrio psicológico, causado por um problema/situação que assinala um grande perigo. A desorganização é tamanha que a pessoa não consegue encontrar estratégias para solucionar o conflito, ou seus recursos habituais são ineficazes. Cada pessoa tem formas específicas de manifestá-la – além da perda dos sentidos (desmaio), no grupo foram comuns relatos sobre agressividade extrema (com quebra de objetos), e grande descarga de energia do corpo. As vozes tinham implicações diretas na maior parte das crises, segundo os integrantes do grupo.

<sup>28</sup> São elementos que fazem parte de um complexo processo, o qual acontece quando as pessoas interagem entre si compartilhando suas experiências, e com isso promovem mudanças terapêuticas (Yalom & Leszcz, 2006). Em razão do objeto deste estudo ser um grupo terapêutico que possui particularidades, procurou-se destacar não só os fatores terapêuticos comuns a qualquer grupo, como também os específicos a grupos de audição de vozes.

*Eu tenho me sentido livre, com muita vontade de falar, pela primeira vez na vida eu me identifico com pessoas que são iguais a mim, que entendem meu problema porque é muito parecido, e aqui nesse grupo ninguém vai me julgar, ninguém vai pedir pra eu parar de falar. Em nenhum outro grupo a gente tem essa liberdade. (Sessão 6)*

Ao constatar que não era a única a ter experiências com audição de vozes - fator terapêutico nomeado como “universalidade” (Yalom & Leszcz, 2006, p. 26) -, Mônica passou a se sentir melhor. Os sentimentos relatados por Mônica são passos fundamentais para o processo de recuperação<sup>29</sup> (Romme, 2009a), e podem ser despertados inclusive em pessoas que preferem se manter caladas nas sessões, interagindo pelo silêncio<sup>30</sup>, já que há possibilidade de aprendizagem e mudança através do espelhamento do outro – o “comportamento imitativo” (Yalom & Leszcz, 2006, p. 35). Outro aspecto que ela mencionou foi a “liberdade para falar”, que se dizia respeito à característica do grupo em acolher e dialogar sobre qualquer tema.

Uma importante noção transmitida a eles surgiu na seguinte situação:

*Em uma das apresentações, Mara relatou que tinha perguntado para a psiquiatra sobre seu diagnóstico, mas que não obteve uma resposta conclusiva. E João intercedeu: “os médicos não sabem o que a gente tem não. Teve uma vez que fui consultar, aí eu perguntei pra ele: doutor, o que eu tenho? Sabe o que ele me disse? Eu não sei, quem sabe melhor é você”. (Sessão 9)*

O facilitador então colocou ao grupo que atuaríamos como esse médico, valorizando a explicação deles mesmos na tarefa de atribuição de sentido para as vozes. Esse é um ponto fundamental no trabalho com o grupo, já que auxilia o ouvidor de vozes a não se tornar

---

<sup>29</sup> Diz respeito a um conceito surgido na década de 1970 em alguns países, nomeado como *recovery*. Esse processo se torna possível com a atuação conjunta de fatores externos (como por exemplo o cuidado disponibilizado por serviços de saúde mental) e internos (recursos da própria pessoa), e é alcançado quando o usuário resgata a esperança, melhora sua qualidade de vida, e reconquista aspectos da existência que perdeu em razão do adoecimento – questões estas que ultrapassam a concepção de cura ou a remissão de sintomas (Baccari, Onocko Campos, & Stefanello, 2015). Tal conceito será visto com certa frequência neste artigo.

<sup>30</sup> Isso ocorreu com alguns participantes do grupo que ficavam calados (somente ouvindo os companheiros), e que, quando questionados por outros participantes sobre o motivo de não se expressarem pela fala, responderam que isso se dava por uma questão de preferência, mas que mesmo assim colocavam em prática na vida deles muitas coisas que ouviam no grupo.

dependente do profissional de saúde no processo terapêutico e subverte a hierarquia tradicional do tratamento - ele se torna protagonista no processo (Dillon & Hornstein, 2013).

Procurou-se esclarecer, antes do início de alguns relatos, a existência da possibilidade de que alguém entrasse em crise, e que, caso isso acontecesse, o facilitador solicitaria o apoio de algumas pessoas. Além disso, foi informado que, se alguém não estivesse se sentindo bem, poderia interromper a atividade ou fazer algum sinal para o facilitador ou outra pessoa, para podermos providenciar o cuidado mais adequado à situação.

Os participantes também foram avisados que o CAPS possuía estrutura para atender situações que precisassem de cuidados caso o grupo não conseguisse provê-las (mesmo tendo passado pela triagem do serviço, algumas pessoas não sabiam disso). Essas colocações deixaram os participantes seguros e surtiram bons efeitos quando alguém entrava em crise - como a tranquilidade para prestar ajuda, sem tomar qualquer tipo de atitude alarmante.

Um dos principais pontos envolvidos no momento da apresentação, com a presença de novos participantes, era a possibilidade de encontrar no relato da trajetória biográfica que os levou a procurar o tratamento, elementos que tivessem contribuído para o surgimento das vozes – como Jeremias relatou:

*Jeremias se apresentou e contou um pouco de sua história. Está no CAPS desde ANO, toma remédio e não entende o porquê, já que não melhora – continua ouvindo vozes e vendo coisas. Relatou que os sintomas começaram com a morte da noiva. Na época trabalhava em uma LOCAL há mais de dois anos, e a noiva (que ele amava muito) faleceu com um tiro de arma de fogo (bala perdida). Logo em seguida ele começou a ouvir vozes, que ordenaram que cortasse os pulsos. Por causa da tentativa de suicídio, Jeremias foi internado no manicômio, e lá permaneceu durante um longo tempo. Melhorou um pouco, mas nunca deixou de ouvir vozes e nem de ver a noiva (Sessão 3)*

Jeremias viu a morte da noiva como a etiologia das vozes que escuta. Além da morte de entes queridos, vários outros eventos que marcam a vida podem contribuir para a audição de vozes, como *bullying*, divórcio, e violências (Kråkvik *et al.*, 2015). Assim como Jeremias,

outros participantes relataram ter passado por experiências impactantes, e as associaram ao surgimento das vozes. Segundo Romme (2009b), explorar a etiologia das vozes é um passo essencial para poder lidar com as manifestações e as emoções que elas geram, e o momento da apresentação contribuiu não só para isso, como também para trabalharmos os sentidos das vozes e formas de enfrentamento. Cabe ressaltar que o tema da etiologia esteve presente também nos outros momentos da sessão.

Outro aspecto importante da apresentação foi a fala do facilitador sobre o motivo da criação do grupo (com breves considerações sobre o HVM). Essa intervenção servia para suscitar o debate, já que trazia elementos comuns aos participantes, e provocava a curiosidade – principalmente porque nos países que utilizam a abordagem do HVM muitas pessoas conseguiram se recuperar e caminhar em direção à realização de objetivos de vida (Longden *et al.*, 2013).

Já quando todos os participantes se conheciam – o que exigia outra maneira de realizar esse momento inicial da sessão -, o facilitador começava a atividade perguntando se alguém gostaria de falar algo, como tinham passado a semana, como estavam as vozes, ou qualquer outro assunto que despertasse o diálogo, como na seguinte cena:

*Hoje fizemos o grupo na varanda. Quem começou falando foi o carro de som que estava passando na rua, anunciando frutas. Perguntei se costumavam comer fruta, e Luana disse que sim, mas que está fechando a boca. Essa pergunta abriu possibilidade para ela falar sobre a dificuldade de seguir recomendações da nutricionista, pois as vozes dão ordem para ela comer, e a ameaçam quando ela não as obedece. (Sessão 36)*

Nesse caso as sessões começavam com esse tom de informalidade, o qual servia como “aquecimento” (Yalom & Leszcz, 2006, p. 228) para as pessoas conseguirem falar sobre suas dores, como no caso de Luana – que foi “convocada” a falar de algo que a fazia sofrer. Assim, a colocação de uma situação aparentemente comum ou simples ao grupo abriu a possibilidade

de queixas e demandas importantes virem à tona. Nesse momento inicial da sessão alguns temas já começavam a ser debatidos pelos próprios participantes, como veremos a seguir.

### **Trocas de experiências**

Este espectro constituiu-se como fundamental para o desenvolvimento do grupo. As trocas de experiências estimulam as pessoas a construírem outras narrativas sobre o fenômeno (Muñoz, Serpa Jr, Leal, Dahl, & Oliveira, 2011) e assim desvelar maneiras diferentes de lidar com o sofrimento. As trocas aconteciam logo após o momento da apresentação, e ocuparam um tempo maior se comparado aos outros espectros – já que o facilitador tinha a função de atuar de forma pontual, para dar fluidez aos debates (dentre as outras já citadas neste estudo).

Um tema discutido através das trocas foi o sentido das vozes:

*Samanta disse que passou cinco dias com fortes dores de cabeça e que nenhum remédio lhe ajudou. As vozes estavam dando ordens para ela cortar o cabelo, e depois que ela cortou, as dores de cabeça cessaram; mas ela não estava feliz em ter cortado. E então Luana relatou que quando estava casada, tinha o costume de mudar os móveis de posição, obedecendo comandos das vozes – “você tem que mudar”. “Depois que meu marido foi embora e se separou de mim, eu parei de mudar os móveis. Aí entendi que na verdade o que eu tinha que mudar era aquela relação que eu não tava feliz.” Com isso, perguntamos à Samanta o que ela gostaria de cortar da vida, que está ruim. (Sessão 56)*

A intervenção de Luana foi fundamental para que chamássemos a atenção para uma dentre as várias possibilidades de compreensão das vozes: seu sentido simbólico. Quando as vozes assumem essa forma de comunicação, metafórica, é possível que estejam se referindo a um problema na vida do ouvidor de vozes (Romme, 2009c). Isso estava acontecendo com Samanta, que depois relatou que a vida não estava boa, pois a convivência com o marido estava insuportável; pensava em morar sozinha, mas não iria fazer isso ainda por não ter condições emocionais de dividir o valor da casa, e porque perderia muito dinheiro.

Trocas importantes se deram no sentido de auxiliar a se pensar em estratégias de lida:

*Renato falou que dias atrás estava escutando vozes de conteúdo sexual que o atormentaram. Não sabia o que fazer e começou a bater na cama. Foi ficando nervoso, seu pai entrou no quarto e chamou a mãe. Começaram a discutir e virou uma confusão, e ele quase entrou em surto. Daniel sugeriu que ele saísse de casa para se acalmar. Mas Renato disse que não adianta, porque as vozes o acompanham. E Ana Beatriz falou: “bom então se as vozes o acompanham, você pode tentar relaxar, ouvindo música, outra coisa, porque quanto mais você entra nas vozes, mais fica agressivo.” (Sessão 48).*

As trocas possibilitaram aprendizagens interpessoais (Yalom & Leszcz, 2006) sobre as vozes, a partir do relato de Renato e com a escuta atenta de Ana Beatriz: que ao reagir com agressividade, as vozes ficavam piores, e assim ele poderia criar condições para ter uma crise (principalmente porque a família não aceitava bem sua condição clínica); e que ele poderia tentar uma atividade que caminhasse no sentido contrário ao da agressividade – o relaxamento, através de música ou qualquer outra coisa que achasse melhor. Renato pôde refletir sobre isso e falar mais sobre ações que já havia realizado para atenuar as vozes, mas que não deram certo. Os participantes o estimularam não só a pensar sobre estratégias, como também a experimentá-las em uma próxima oportunidade.

Um dos objetivos do grupo era auxiliar as pessoas a desenvolver estratégias de lida, considerando que saber lidar com as vozes é um passo crucial para: a) o empoderamento (obter controle sobre elas) e a redução da valência emocional – que provoca muito sofrimento (De Leede-Smith & Barkus, 2013); b) o processo de recuperação (Escher, 2009); c) estabelecer alguma forma de conviver com elas – um dos problemas principais de quem escuta vozes (Muñoz *et al.*, 2011). Quando esse tema era debatido no grupo, as pessoas procuravam falar tanto sobre estratégias que davam certo com elas, como também as que já haviam ouvido de outros participantes, e isso serviu para dar possibilidade para os integrantes aumentarem seus repertórios de estratégias.

Outras trocas se deram no sentido de dar suporte emocional à dor do outro:

*Manfredo entrou na sala muito impaciente, e falou durante um bom tempo no grupo. Há alguns dias as vozes o perturbavam, e isso começou quando, ao pegar uma carona pra voltar pra casa, um conhecido falou que ele deveria vender seu sítio. Elas falavam: “vende, você não merece ficar com o sítio”. E aí ele contou para nós a história do sítio, muita sofrida. Manfredo via o pai agredindo a mãe, dentre outros problemas. Disse que gosta do sítio e não quer se desfazer dele, mas está sofrendo, sentindo-se muito sozinho. Então os participantes procuraram lhe ajudar. Heloísa falou de coisas que faz pra não se sentir sozinho. Ana Beatriz aconselhou-o a ficar mais na casa do amigo que mora aqui perto. Mônica se preocupou com a mãe dele, perguntando como ela estava atualmente; dentre outras trocas. Ao final da sessão, as pessoas lhe deram abraços, e ele relatou que estava se sentindo melhor. (Sessão 30)*

No recorte estão presentes dois fatores terapêuticos, segundo Yalom e Lenzycz (2006): o “altruísmo” (p. 32) - pelo suporte e preocupação com as dores de Manfredo - e o “compartilhamento de informações” (p. 29) – que foi feito por meio das sugestões que ele recebeu. Esses recursos foram largamente utilizados entre os participantes, e fizeram com que as pessoas se sentissem mais confortadas e ficassem fortalecidas para enfrentar as dificuldades.

Traçar objetivos para o futuro foi uma questão tematizada em algumas sessões:

*Começamos a conversar sobre planos para o futuro. O relato de Alípio foi o mais marcante. Disse que o dom dele é digitalizar documentos, que a maior benção que existe no mundo é quando você encontra um documento antigo disponível na internet, e tinha muita vontade de ganhar dinheiro com isso. Daniel então disse que não é uma coisa complicada, que se ele tiver scanner dá pra fazer. Contou que uma vez um fazendeiro que morava longe e não tinha internet em casa pediu pra ele digitalizar umas leis, e Daniel ganhou cem reais com o trabalho. Alípio ficou muito animado e disse que iria procurar se informar mais sobre isso. (Sessão 50)*

Duas sessões depois, Alípio retomou o assunto: “*demorei tanto na minha vida pra descobrir o que eu gosto de fazer, e agora que eu descobri tenho que agarrar essa oportunidade.*” O grupo proporcionou não só a Alípio, como a alguns outros integrantes, a possibilidade de desejar, de se animar com novos planos, questão que os auxiliou no processo

de empoderamento frente às vozes. Esses três aspectos dizem respeito a alguns dos vários benefícios que os grupos de audição de vozes proporcionam a seus integrantes, e corroboram dados de pesquisas feitas por Romme (2009a).

A identificação de “gatilhos” (Longden, Corstens, Escher, & Romme, 2012, p. 4, tradução nossa) também foi outro tema tratado entre os participantes:

*Moema relatou que desde os 23 anos escuta vozes, mas que quando era criança foi numa tribo indígena, viu um demônio entrando na oca de uma índia, e incorporou algumas entidades. Já frequentou o espiritismo, mas não acredita mais nessa religião porque não tem como a pessoa passar por várias encarnações com o mesmo sofrimento. E então Raiane começou a passar mal; relatou que as vozes estavam vindo para pegá-la. Daniel levantou, e saiu da sala com ela para tomar uma água. E Renato pontuou: “poxa, toda vez que a gente fala dessas coisas de espírito ela passa mal”. (Sessão 46)*

Renato fez uma colocação fundamental para o trabalho do grupo, já que os gatilhos nos remetem aos fatores que provocam ou agravam as vozes na atualidade, e que é necessário avaliá-los para que possamos compreender os problemas associados a eles e suas dinâmicas emocionais (Corstens & Longden, 2013). Durante o tempo de realização do grupo, os gatilhos relatados com mais frequência se enquadraram na descrição de Corstens e Longden (2013): emoções específicas (como vergonha, raiva e culpa), pessoas específicas (familiares e pessoas da convivência) e circunstâncias específicas (como, por exemplo, situações do meio social).

Assim que o tema era apresentado através de falas como a de Renato, as trocas se davam no sentido de reconhecer os gatilhos de cada participante e buscar explicá-los, e foram importantes para reconhecerem que, caso entrassem em contato com eles, haveria a possibilidade das vozes se manifestarem. Além disso, o debate sobre esse tema abria caminho para dialogarmos sobre estratégias de lida, e foi importante em função de ter auxiliado não só os integrantes do grupo, como também familiares – já que algumas estratégias tinham como foco conversar com uma pessoa de referência -, a dar outras resoluções para a questão.



## Fechamento

Este espectro se referiu ao momento final da sessão, que teve um tempo curto de duração, já que se procurou explorar e preservar ao máximo o espectro relativo ao desenvolvimento do grupo (trocas de experiências). No entanto, considerando que o fechamento também foi um momento importante da atividade, é mister destacar alguns elementos que dele fizeram parte.

Um aspecto a ser destacado se referiu à retomada de acontecimentos (de valência positiva ou negativa) que os integrantes haviam relatado ao longo da sessão. Isso foi feito não só pelo facilitador, mas também por outros participantes, e promoveu o fator terapêutico “altruísmo” (Yalom & Leszcz, 2006, p. 32), como na fala de Félix: *“poxa, depois desses depoimentos estou vendo que meu sofrimento é pequeno. Você deve ter muita força porque esse sofrimento é difícil (Sessão 16)”*. Além desse elemento, quando algum importante tema ou demanda foram finalizados em virtude do término do tempo da sessão, sem que tivessem sido explorados de forma suficiente, o facilitador fazia uma breve síntese sobre a questão, e após isso perguntava aos participantes se gostariam de retomá-la no encontro seguinte.

O fechamento também foi um momento utilizado para a transmissão de alguns avisos e recomendações do CAPS (como, por exemplo, um passeio ou visita externa), ou do próprio grupo (como detalhes de comemorações aos aniversariantes). Além disso, era verificado se algum integrante estava precisando resolver alguma questão ou esclarecer dúvidas sobre um determinado assunto. Foi comum os integrantes pedirem auxílio ao facilitador quanto à verificação da data de marcação ou retorno ao serviço de psiquiatria junto à gerência, e também o interesse pela matrícula em algum curso profissionalizante ou ainda por atividades de geração de renda – o que exigia o diálogo com profissionais com os quais ainda não haviam tido contato no CAPS.

A seguir, discorreremos sobre o manejo terapêutico, o qual serviu para alinhar os três espectros temporais analisados.

### **Manejo terapêutico**

Neste tópico serão apresentadas as intervenções realizadas pelo facilitador com mais frequência. Uma intervenção básica foi nomeada de “circularização”:

*Ana Beatriz havia dito que as vozes estavam aparecendo e ordenando que ela se matasse. E aí Luma falou: “Ah as vozes sempre falam pra gente fazer besteira, coisa ruim, então não é pra acreditar nelas.” Abri a questão ao grupo, perguntando o que achavam que poderia ser feito com essas vozes. (Sessão 20)*

A circulação das ideias abre possibilidade para que as pessoas possam formular conhecimentos, envolver e integrar os participantes, e horizontalizar os saberes (Fernandes, 2000), como aconteceu no grupo. Além disso, esse tipo de intervenção proporcionou o debate de outras questões (como a colocação de Luma, que provocou o diálogo sobre estratégias de lida).

Outra intervenção foi a reiteração, que consistiu em pontuar um elemento importante na fala, resumir a narrativa ou repetir palavras ditas ao final de um relato:

*Samanta relatou que depois que a filha morreu, tudo desmoronou. O marido largou o emprego e abandonou tudo; eles vivem do benefício que ela recebe, e têm três filhos. Ela se sente bem indo ao cemitério, e não entende o porquê disso.*  
 - *Facilitador: Você se sente bem indo ao cemitério*  
 - *Samanta: Eu sinto um alívio muito grande, até consigo sorrir, chego mais leve em casa, mas depois de um tempo que tô em casa eu volto a me sentir triste. (Sessão 35)*

À medida que foi falando mais sobre o cemitério, Samanta conseguiu compreender o motivo de sentir-se bem nesse local – ficava perto da filha e longe de casa (a família achava

que o sofrimento dela era “frescura”). A reiteração é uma preparação para a tomada de consciência, e amplia o campo de percepção sobre o que está sendo posto em questão (Rogers & Kinget, 1977). Além disso, o participante tem o sentimento de que alguém o está acompanhando (e não julgando ou somente observando), e de que está se fazendo entender – o que serve de estímulo à livre expressão de conteúdos (Holanda, 2009).

Outra estratégia foi a investigação (Guanaes & Japur, 2001), também chamada de reflexão (Vasconcelos, 2013), que tem os mesmos objetivos da reiteração, porém é feita por meio de perguntas:

*E sobre as vozes, João disse que “a única solução pra esse sofrimento é morrer”.*

- *Facilitador: E por que a única solução pra esse sofrimento é morrer?*

- *Eu tenho vários problemas, e só tá piorando, não enxergo de um olho, escuto vozes, não durmo, não sei ler nem escrever, minha família não gosta de mim por causa que escuto vozes, não recebo nenhum benefício, não consigo arrumar remédio. Então tá tudo muito ruim, e se morrer acabo logo com tudo isso, pra eu descansar. (Sessão 10)*

Após a fala de João, o facilitador abriu a questão ao grupo. Os participantes puderam refletir sobre a morte e o suicídio, e conversamos sobre outras formas de solucionar problemas que tinham dimensões desesperadoras para a vida deles. Essa sessão foi importante para as que se seguiram, pois sempre que algum participante falava em morrer, recebia suporte de outro integrante no sentido de buscar outra forma de pensar - o que significa dizer que houve ampliação na capacidade de lidar com essa questão. Em outra sessão:

*Marieta relatou que a irmã mais nova está com problemas na escola, e que a mãe lhe faz cobranças que ao ver dela deveriam ser feitas para a irmã. Isso tem lhe trazido muita irritação, e ela não sabe como se comportar com a mãe; sente que vai “estourar” (sic). Ela pediu um conselho ao grupo, e falou que estava pensando em correr para se acalmar, e evitar conversar com a mãe. E aí Luana interveio: “Minha bisavó falava que nós temos que ficar caladas, que a maior sabedoria que existe é não fazer nada, ficar calada e ter calma, que isso evita muita briga.”*

-*Facilitador: Mas será que o melhor é ficar calada? (Sessão 61)*

Luana possui uma trajetória biográfica repleta de violências, e aprendeu a ficar calada desde quando foi estuprada na infância (nada foi feito por parte da pessoa que ficou sabendo do fato). Esse comportamento contribuía para que ela não conseguisse lidar bem com as vozes e a prejudicou no casamento – ela se calava diante das violências do ex-marido.

Considerando a situação de Luana e de outros participantes que também haviam sofrido violências das mais diversas, e que tinham dificuldade em lidar com as vozes pelo fato de não conseguirem falar sobre elas, a intervenção do facilitador se deu no sentido de suspender preconceitos e ampliar possibilidades de lidar com aquilo que faz sofrer. A reflexão foi utilizada também em outras sessões, com maior frequência quando algum participante trazia um acontecimento relacionado com as vozes, e é uma forma de manejo que deve ser feita com cuidado e por meio de perguntas abertas (para evitar sugestões).

Uma outra forma de intervenção foi a normalização, que consistiu em apresentar o fenômeno de diferentes perspectivas (McLeod, Morris, Birchwood, & Dovey, 2007), através de: histórias de ouvidores de vozes clínicos ou personalidades conhecidas internacionalmente que conseguiram estabelecer uma boa convivência com as vozes; dados de pesquisas do HVM; informações de culturas que tratam o fenômeno de forma diferente (não patológica); e relatos de participantes do grupo que tiveram mudanças terapêuticas. Este tipo de intervenção é fundamental para grupos de audição de vozes, principalmente em razão da psiquiatria considerar a alucinação como algo anormal, bizarro e indicativo de patologia crônica (Longden *et al.*, 2013).

Tal intervenção teve o objetivo de promover o sentimento de pertencimento a um lugar comum, “normal”, e a identificação com um fenômeno que faz parte da condição humana (a audição de vozes) – questões que atenuam o auto-estigma e o isolamento (Ruddle *et al.*, 2011). Além disso, ela favorece a reflexão sobre possibilidades de recuperação (Dillon, 2009), e a “instilação de esperança” (Yalom & Leszcz, 2006, p. 25) - a crença de que o

sofrimento pode ser superado (como aconteceu com alguns participantes). Cabe ressaltar ainda que a normalização se caracteriza como um fator terapêutico inespecífico – ou seja, comum a todas as abordagens grupais - denominado psicoeducação (Cordioli & Giglio, 2008).

Uma das intervenções mais específicas no trato da audição de vozes e no manejo deste tipo de grupo é o diálogo com as vozes, que combina técnicas da Análise Transacional, Terapia Cognitivo Comportamental, Gestalt e Psicodrama, e foi desenvolvida por profissionais da psiquiatria, psicologia e ouvidores de vozes que fazem parte do HVM/*Intervoice* (Baker, 2009). Ela consistiu em conversar com as vozes de forma direta ou com mediação do participante, como no recorte a seguir:

*Heloísa fechou os olhos, e disse que as vozes estavam insuportáveis, que não estava aguentando mais. Falei aos participantes que gostaria de permanecer somente com ela na sala. Depois que eles se despediram, perguntei à Heloísa o que as vozes estavam falando. Ela disse que tinha algo para contar, mas que não estava pronta e que elas não falariam comigo. Perguntei então se elas fariam um acordo, e as vozes aquiesceram.*

*- Facilitador: Eu peço licença para conversar com a Heloísa, sei que vocês estão muito irritadas porque falamos coisas no grupo que vocês não gostaram, e peço desculpas se isso aconteceu de forma indevida. Mas a Heloísa está sofrendo, e eu queria solicitar um acordo. Teria como vocês me deixarem conversando somente com ela, sem ficarem falando? Vou marcar um minuto no relógio, e quando esse tempo terminar eu vou avisar, caso vocês queiram voltar a falar com ela. Pode ser?*

*Ela concordou. Acionei o relógio, e avisei às vozes que o tempo havia começado. (Sessão 31)*

E então Heloísa parecia ter acordado. Relatou que foi abusada pelo pai aos cinco anos de idade, e que as vozes estavam perturbando-a com esse conteúdo há algumas semanas, desde que aconteceram alguns conflitos familiares relacionados a esse tema. Com o término do tempo acordado, eu avisei Heloísa, mas ela disse que não queria mais que as vozes voltassem, pois parecia que havia tirado um peso das costas, e estava se sentindo aliviada. Nesta intervenção utilizou-se uma das técnicas de focalização criadas pela Rede de Audição

de Vozes da Austrália<sup>31</sup>. Nos dois meses seguintes à essa sessão, Heloísa quase não escutou vozes, e quando isso aconteceu elas não lhe provocaram nenhuma desestabilização emocional.

Baker (2009) afirmou que com a aplicação dessa forma de manejo é possível constatar que, quando o ouvidor de vozes consegue desenvolver uma atitude mais forte e positiva em relação às vozes, há possibilidade de que elas mudem. Assim, o diálogo com as vozes tem como objetivos: encorajar a pessoa a se comunicar com elas; explorar razões pelas quais elas estejam se manifestando; auxiliar a enxergar perspectivas diferentes acerca do que elas estejam querendo falar; dar suporte para que a pessoa tenha um maior controle sobre a experiência (como ficou claro no recorte) e para encontrar estratégias de lida.

Sua aplicação não se reduz somente à clínica individual, mas se realiza também em grupo; no entanto, nas sessões em que todos os participantes permaneceram na sala, os diálogos foram mais difíceis, e o facilitador buscou outras estratégias de intervenção pela fala, para possibilitar ao participante se sentir seguro e se acalmar. Cabem alertas quanto a esse tipo de intervenção: não se deve induzi-la intencionalmente, a não ser que ela seja conduzida por pessoas capacitadas ou experientes no tema, sob pena de provocar outros problemas (como por exemplo a internação hospitalar ou a perda do vínculo com a família). De qualquer forma, a colaboração de todos os participantes é o fator diferencial no suporte às crises.

Outras estratégias foram a disponibilização de um espaço para atender o participante e/ou sua família em horários diferentes ao do grupo e a possibilidade de eles buscarem o suporte da rede. Quanto à primeira, se deu quando alguém não se sentiu à vontade no grupo para expor uma situação particular, e quando os familiares tinham dificuldades ou dúvidas em compreender e lidar com o que estava acontecendo com o participante.

Já com relação aos diálogos sobre a possibilidade da busca do apoio da rede de cuidado – profissionais do CAPS, instituições encarregadas da garantia de direitos, e também

---

<sup>31</sup> Outras estratégias em: <https://southbayprojectresourcedotorg.files.wordpress.com/2016/02/hvn-aotearoa-nz-strategies-for-coping-with-distressing-voices.pdf>

familiares e amigos -, eles aconteceram com base nas orientações da normativa que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (Brasil, 2011), com o intuito de: diversificar as estratégias de cuidado; atender necessidades mais específicas do frequentador, que iam além das possibilidades do facilitador ou do grupo; e estimular o controle social dos participantes.

Essa intervenção serviu não só para ampliar a capacidade de cuidado, como gerou efeitos positivos na relação com as vozes. Para citarmos um exemplo dessa questão, temos o caso de Moema, que estava se sentindo angustiada com as dívidas que o proprietário anterior de sua residência atual havia deixado. O facilitador a orientou a buscar a Defensoria Pública, e com o auxílio desse órgão ela conseguiu dar início à resolução do problema. A partir daí, ela passou a se sentir menos preocupada e pressionada, e isso contribuiu para reduzir as manifestações das vozes.

### **Considerações finais**

Este estudo procurou apresentar experiências de um grupo que se desenvolveu em um serviço público de saúde, e possuiu algumas limitações, que servem de reflexão para intervenções futuras: questões burocráticas do serviço - não era permitida a participação de pessoas que não fossem pacientes ou familiares/cuidadores de pacientes; por ser um grupo aberto, não contou com a assiduidade e constância dos mesmos membros; a impossibilidade de manejar algumas demandas, em razão da pouca frequência dos encontros, o que indica a necessidade de realizá-lo mais de uma vez na semana; e poucas intervenções junto à família - elemento que contribui para um bom suporte aos ouvidores de vozes.

Além desses pontos, fazemos ressalvas às generalizações sobre a alucinação auditiva a partir dos resultados deste trabalho, considerando que ele retrata uma experiência baseada em uma corrente de pensamento específica (HVM/*Intervoice*) – e que existem outras formas de

trato do fenômeno. Ainda assim, constatou-se que essa corrente fornece elementos essenciais para o cuidado de pessoas que escutam vozes. Os dados do grupo apontam que é possível afirmar ser este um dispositivo que promove fatores terapêuticos importantes para o processo de lidar com o fenômeno de audição de vozes e de recuperação em saúde mental.

Pensando nesses aspectos, o grupo de audição de vozes pode ser realizado em outros espaços pertencentes à comunidade - questão que inclusive pode contribuir com a diminuição da demanda dos serviços de saúde -, e assim promover mudanças culturais acerca do estigma da loucura. Além desses grupos, intervenções junto à família e no território – elementos essenciais para desmistificar e transformar representações sociais sobre a alucinação auditiva -, o emprego assistido e articulado com os serviços (dentre eles os CAPS), e o treinamento de habilidades, são estratégias psicossociais altamente recomendadas, já que possuem um nível comprovado de eficácia (Lehman *et al.*, 2003; Green *et al.*, 2014).

Com essas ações haveria possibilidade de transformar a lógica tradicional de tratamento, que insiste em tentar reduzir, silenciar e suprimir o fenômeno da audição de vozes (Englisch & Zink, 2012; Sommer *et al.*, 2012). Cabe ressaltar que essa tentativa não se dá somente com a psiquiatria, mas é muito difundida entre profissionais da saúde (Muñoz *et al.*, 2011). É importante salientar que, ao privilegiar o modelo biomédico para o tratamento, que consiste em diagnóstico e medicalização, o serviço de saúde contribui para o estigma social (Gray, 2002) e contraria a ideia dos CAPS serem locais de criação e implementação de formas sociais de cuidar e tratar a saúde mental (Merhy, 2007).

Os serviços de saúde não podem, portanto, reproduzir em sua práxis o estigma e o temor cultural que rondam a alucinação auditiva (Ruddle *et al.*, 2011), mas lutar exatamente pela sua transformação, e investir em estratégias de cuidado que privilegiem qualquer forma



de existência, assim como tem acontecido nos países<sup>32</sup> que possuem núcleos do HVM (Corstens *et al.*, 2014). E isso se deve justamente ao fato de que, na tentativa de calar as vozes, quem se cala é a pessoa, e com ela suas possibilidades mais genuínas de vir a ser.

### Referências

Baccari, I.O.P., Onocko Campos, R.T., & Stefanello, S. (2015). *Recovery: revisão sistemática de um conceito. Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1), 125-136.

Baker, P. (2009). *The voice inside: a practical guide for and about people who hear voices*. Port of Ness: P&P Press.

Bauer, S.M., Schanda, H., Karakula, H., Olajossy-Hilkesberger, L., Rudaleviciene, P., Okribelashvili, N., Chaudhry, H.R., Idemudia, S.E., Scheider, S., Ritter, K., & Stompe, T. (2011). Culture and the prevalence of hallucinations in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 319-325.

Beavan, V., Read, J. & Cartwright, C. (2011). The prevalence of voice-hearers in the general population: a literature review. *Journal of Mental Health*, 20, 281–292.

Brasil. (2011). 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. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2013). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: *Diário Oficial da União*, seção 1, p. 59.

Caplan, G. (1966). *Principios de la psiquiatria preventiva*. Buenos Aires: Ed Paidós.

Cordioli, A.V., & Giglio, L. (2008). Como atuam as psicoterapias: os agentes de mudança e as principais estratégias e intervenções psicoterápicas. In: Cordioli, A.V. *Psicoterapias – Abordagens Atuais*. Porto Alegre: Artmed.

---

<sup>32</sup> Para maiores informações: <http://www.intervoiceonline.org>. No Brasil esse trabalho ainda é incipiente. Além do IPUB/UFRJ do Rio de Janeiro (<https://www.catarse.me/avozdosusuarios>), a *Intervoice* possui um núcleo em Campinas (<http://intervoicebrasil.blogspot.com.br/>), e projetos ainda não oficializados em outras cidades.

Corstens, D., & Longden, E. (2013). The origins of voices: links between life history and voice hearing in a survey of 100 cases. *Psychosis*, 5(3), 270-285.

Corstens, D., Longden, E., McCarthy-Jones, S., Waddingham, R., & Thomas, N. (2014). Emerging perspectives from the hearing voices movement: implications for research and practice. *Schizophr Bull*, 40, S285–S294.

De Leede-Smith, S., & Barkus, E. (2013). A comprehensive review of auditory verbal hallucinations: lifetime prevalence, correlates and mechanisms in healthy and clinical individuals. *Front Hum Neurosci*, 7, 1-25.

Dillon, J. (2009). Eleanor Longden. In: Romme, M.; Escher, S.; Dillon, J.; Corstens, D.; Morris, M. *Living with voices: 50 stories of recovery*. Birmingham City University: PCCS Books.

Dillon, J., & Hornstein, G.A. (2013). Hearing voices peer support groups: a powerful alternative for people in distress. *Psychosis*, 5(3), 286-295.

Englisch, S., & Zink, M. (2012). Treatment-resistant Schizophrenia: Evidence-based Strategies. *Mens Sana Monographs*, 10(1), 20–32.

Escher, S. (2009). Accepting voices and finding a way out. In: Romme, M., Escher, S., Dillon, J., Corstens, D., & Morris, M. *Living with voices: 50 stories of recovery*. Birmingham City University: PCCS Books.

Escher, S., & Romme, M. (2011). The hearing voices movement. In: Blom, J.D., & Sommer, I.E.C. *Hallucinations: research and practice*. New York: Springer. Acesso em 19 de janeiro, 2017, em <http://www.sgha.net/library/Hallucinations2.pdf>

Fernandes, W.J. (2000). Alguns aspectos do trabalho psicanalítico com grupos de discussão. *Revista da SPAGESP*, 1(1), 61-69.

Ford, J.M., Morris, S.E., Hoffman, R.E., Sommer, I., Waters, F., McCarthy-Jones, S., Thoma, R.J., Turner, J.A., Keedy, S.K., Badcock, J.C., & Cuthbert, B.N. (2014). Studying hallucinations within the NIMH RDoC framework. *Schizophrenia Bulletin*, 40(4), S295-S304.

Gray, A. J. (2002). Stigma in psychiatry. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95(2), 72–76.

Green, C.A., Estroff, S.E., Yarborough, B.J., Spofford, M., Solloway, M.R., Kitson, R.S., & Perrin, N.A. (2014). Directions for future patient-centered and comparative effectiveness

research for people with serious mental illness in a learning mental health care system. *Schizophrenia bulletin*, 40(S1), S1-S94.

Guanaes, C., & Japur, M. (2001). Grupo de apoio com pacientes psiquiátricos ambulatoriais em contexto institucional: análise do manejo terapêutico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(1), 191-199.

Holanda, A.F. (2009). A perspectiva de Carl Rogers acerca da Resposta Reflexa. *Revista do NUFEN*, 1(1), 40-59.

Johns, L., Kompus, K., Connell, M., Humpston, C., Lincoln, T., Longden, E., Preti, A., Alderson-Day, B., Badcock, J. C., Cella, M., Fernyhough, C., McCarthy-Jones, S., Peters, E., Raballo, A., Scott, J., Siddi, S., Sommer, I., & Larøi, F. (2014). Auditory verbal hallucinations in persons with and without a need for care. *Schizophrenia Bulletin*, 40, S255-S264.

Kalhovde, A.M., Elstad, I., & Talseth, A.G. (2013). Understanding the experiences of hearing voices and sounds others do not hear. *Qualitative Health Research*, 23(11), 1470-1480.

Kråkvik, B., Larøi, F., Kalhovde, A.M., Hugdahl, K., Kompus, K., Salvesen, Ø., & Vedul-Kjelsås, E. (2015). Prevalence of auditory verbal hallucinations in a general population: A group comparison study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56, 508-515.

Larøi, F., Sommer, I.E., Blom, J.D., Fernyhough, C., Hugdahl, K., Johns, L.C., McCarthy-Jones, S., Preti, A., Raballo, A., Slotema, C.W., Stephane, M., & Waters, F. (2012). The characteristic features of auditory verbal hallucinations in clinical and nonclinical groups: state-of-the-art overview and future directions. *Schizophrenia bulletin*, 38(4), 724-733.

Lehman, A.F., Buchanan, R.W., Dickerson, F.B., Dixon, L.B., Goldberg, R., Green-Paden, L., & Kreyenbuhl, J. (2003). Evidence-based treatment for schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 26(4), 939-954.

Longden, E., Corstens, D., Escher, S., & Romme, M. (2012). Voice hearing in a biographical context: a model for formulating the relationship between voices and life history. *Psychosis*, 4, 224-234.

Longden, E., Corstens, D., & Dillon, J. (2013). Recovery, discovery and revolution: the work of Intervoiced and the hearing voices movement. In: *Madness contested: power and practice*. Coles, S., Keenan, S., & Diamond, B. Ross-on-Wye: PCCS Books.

Luchins, A.S. (1970). *Psicoterapia de grupo: um guia*. São Paulo: Cultrix.

Martins, F. (2003). *Psicopathologia II: Semiologia Clínica: Investigação Teórico Clínica das Síndromes Psicopatológicas Clássicas*. Brasília: Universidade de Brasília.

McLeod, T., Morris, M., Birchwood, M., & Dovey, A. (2007). Cognitive behavioural therapy group work with voice hearers. Part 2. *British journal of nursing*, 16(5), 292-295.

Merhy, E.E. (2007). Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: Merhy EE, Amaral H, organizadores. *A reforma psiquiátrica no cotidiano II*. São Paulo: Hucitec.

Muñoz, N.M., Serpa Jr, O.D., Leal, E.M., Dahl, C.M., & Oliveira, I.C. (2011). Pesquisa clínica em saúde mental: o ponto de vista dos usuários sobre a experiência de ouvir vozes. *Estudos de Psicologia*, 16(1), 83-89.

Nuevo, R., Chatterji, S., Verdes, E., Naidoo, N., Arango, C., & Ayuso-Mateos, J.L. (2012). The continuum of psychotic symptoms in the general population: a cross-national study. *Schizophr Bull.*, 38(3), 475-85.

Rogers, C.R., & Kinget, G.M. (1977). *Psicoterapia e Relações Humanas*, v. 2. Belo Horizonte: Interlivros.

Romme, M., & Escher, A.D. (1989). Hearing voices. *Schizophr Bull*, 15, 209–216.

Romme, M. (2009a). Hearing voices groups. In: Romme, M., Escher, S., Dillon, J., Corstens, D., & Morris, M. *Living with voices: 50 stories of recovery*. Birmingham City University: PCCS Books.

Romme, M. (2009b). What causes hearing voices? In: Romme, M., Escher, S., Dillon, J., Corstens, D., & Morris, M. *Living with voices: 50 stories of recovery*. Birmingham City University: PCCS Books.

Romme, M. (2009c). Metaphors and emotions. In: Romme, M.; Escher, S.; Dillon, J.; Corstens, D.; Morris, M. *Living with voices: 50 stories of recovery*. Birmingham City University: PCCS Books.

Ruddle, A., Mason, O., & Wykes, T. (2011). A review of hearing voices groups: Evidence and mechanisms of change. *Clinical psychology review*, 31(5), 757-766.

Sommer, I.E., Slotema, C.W., Daskalakis, Z.J., Derks, E.M., Blom, J.D., & van der Gaag M. (2012). The treatment of hallucinations in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 704–714.

Vasconcelos, E.M. (2013). *Manual [de] ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde.

Yalom, I., & Leszcz, M. (2006). *Psicoterapia de grupo: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.

Zimmerman, D.E. (2007). *Fundamentos básicos das grupoterapias* [recurso eletrônico]. 2. ed. Porto Alegre: Artmed. Disponível em: <https://books.google.com.br>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo principal deste estudo foi investigar a experiência da audição de vozes para além do signo “alucinação auditiva”, tal como tem sido compreendido pela perspectiva biomédica, bem como pensar em formas de acolhimento do fenómeno. Para isso, procurou-se dividi-lo em três artigos, os quais ofereceram, além de uma contextualização histórica e cultural, dimensões fundamentais para o cuidado com essa experiência, e uma possibilidade de acolhimento que poderia ser disponibilizada pelos serviços de saúde mental.

No primeiro artigo, foi feita uma revisão de literatura acerca do tema, procurando contemplar autores que o pesquisaram de forma alternativa à lógica biomédica. Ao longo da maior parte da história da humanidade a alucinação auditiva não foi entendida como sintoma de doença, e nem sequer o fenómeno era nomeado dessa forma. Na Antiguidade, a alucinação era uma forma de comunicação com os deuses, e na Idade Média houve uma apropriação pelo cristianismo, que atribuía sentidos religiosos ou espirituais para julgar o carácter das alucinações.

Pode-se afirmar que a partir da Modernidade a ciência não conseguiu apreender o fenómeno dentro de um enquadramento coerente com alguns de seus princípios – como objetividade e neutralidade –, dadas as diversas explicações de inúmeros pesquisadores europeus, e a grande contradição existente entre as linhas de pesquisa. No entanto, a partir de Esquirol, e com as teorias de Kraepelin, Bleuler, e Schneider – já no século XX –, as alucinações passaram a ganhar uma delimitação mais específica, e foram entendidas como sintomas de transtornos mentais – em particular a esquizofrenia.

Viu-se ainda no primeiro artigo que o domínio da lógica biomédica no trato com a questão passou a sofrer abalos com o Movimento Internacional de Audição de Vozes – HVM, que buscou oferecer modos de cuidado que tinham como foco o desenvolvimento de grupos

de apoio e as terapias pela fala. Através de pesquisas que mostram resultados satisfatórios – que incluem remissão das vozes, redução e abandono de medicações, e ativismo político, dentre outros -, o HVM tem problematizado os princípios do tratamento psiquiátrico tradicional. Além do HVM, foram apresentadas diversas culturas – sobretudo indígenas e de países orientais – que acolhem e valorizam experiências alucinatórias. Esses outros sentidos nos auxiliam a pensar em diferentes formas de compreensão e convivência com essas experiências.

No segundo artigo, dez ouvidores de vozes que estiveram ou ainda estavam em tratamento em um CAPS II de uma capital brasileira, destinado ao cuidado de pessoas em situação de sofrimento psíquico grave, foram entrevistados. Seus relatos foram analisados (Análise de Conteúdo) e foram elencadas quatro categorias, as quais são fundamentais para o cuidado: “origem das vozes”, “fenomenologia das vozes”, “estratégias de lida”, e “suporte familiar”. Os relatos dos entrevistados mostraram que a audição de vozes possui uma etiologia que está para além do reducionismo biológico, posto que suas vidas foram marcadas por contextos de violência, isolamento, e vulnerabilidades das mais diversas.

Além disso, as variáveis que caracterizam as vozes podem apontar para questões relacionadas às suas origens e outras possibilidades de compreensão do fenômeno. A elaboração de estratégias de lida é uma condição fundamental para o enfrentamento e a convivência com as vozes, e possibilita ao ouvidor um menor sofrimento. A família e/ou rede social é um elemento essencial para o acolhimento e o suporte em situações de crise, e contribui para a redução das possibilidades de internação. Portanto, buscar trabalhar cada uma dessas dimensões na clínica em saúde mental é condição necessária para que o ouvidor de vozes tenha melhores condições de vida.

O terceiro artigo procurou mostrar experiências do grupo de ouvidores de vozes realizado no CAPS, o qual se desenvolveu com base nos pressupostos estabelecidos pelo

HVM. Esse dispositivo possibilitou que os participantes tivessem ganhos terapêuticos relacionados à lida com as vozes e foi importante para ampliar a capacidade de cuidado do CAPS. Além das trocas de experiências, tal artigo elencou os manejos terapêuticos realizados pelo facilitador e também por participantes – que, no processo dialógico, promoveram reflexões e fomentaram as discussões. Alguns desses manejos podem ser realizados por indivíduos que se proponham a coordenar grupos de apoio, bem como por familiares e outras pessoas de convivência, conforme as especificidades destacadas para cada um deles no texto.

Por fim, cabe ressaltar que a alucinação auditiva é um fenômeno complexo, repleto de nuances, que nos desafiam a criar formas de compreensão e cuidado diferentes das tradicionais. Refletir sobre essas formas é um exercício que deve ser realizado por profissionais, cuidadores, familiares, amigos, e os próprios ouvidores de vozes. A valorização da escuta, dos saberes, e das vivências das pessoas (dentre elas, a de ouvir vozes) é, portanto, uma atitude que pode conduzir a modos mais respeitosos de nos relacionarmos com a alteridade, conforme suas particularidades e necessidades.

A criação de redes de audição/ouvindo de vozes na comunidade, funcionando de forma aberta a qualquer cidadão, pode ser um mecanismo potente não só para que isso se dê, mas também para o acolhimento e suporte às pessoas logo nas primeiras manifestações ou crises com as vozes. Com isso as possibilidades de internação seriam reduzidas, e o ouvindo de vozes não precisaria dar início a uma “carreira” psiquiátrica - assim como tem ocorrido em alguns países, por meio da atuação do HVM/*Intervoice*. Desse modo, seria possível darmos início à transformação do “cenário manicomial” e do estigma social da loucura. No entanto, para que esse processo possa acontecer, temos que prestar contas a uma questão: estaríamos nós dispostos a lutar contra os sistemas de poder que nos oprimem, e a darmos ouvidos a árduas vozes que sinalizam caminhos de liberdade?



## REFERÊNCIAS

Alminhana, L.O., & Menezes, A. Jr. (2016). Experiências Religiosas/Espirituais: dissociação saudável ou patológica? *Horizonte*, 14(41), 122-143.

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

Corstens, D., Longden, E., McCarthy-Jones, S., Waddingham, R., & Thomas N. (2014). Emerging perspectives from the hearing voices movement: implications for research and practice. *Schizophr Bull*, 40, S285–S294.

Longden, E., & Waterman, A.M.M.G. (2012). Dissociation, trauma, and the role of lived experience: toward a new conceptualization of voice hearing. *Psychological Bulletin*, 138(1), 28–76.

Romme, M., & Escher, A.D. (1989). Hearing voices. *Schizophr Bull*, 15, 209–216.

Schneider, K. (1976). *Psicopatologia clinica*. São Paulo: Mestre Jou.

**Anexo A**  
**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)<sup>33</sup>**

A(o) Senhora(o) está sendo convidada(o) a participar do projeto: “Escutar vozes: da qualificação da experiência ao cuidado na clínica em saúde mental”.

O nosso objetivo é contribuir para a compreensão da audição de vozes com frequentadores do CAPS, bem como pensar em formas de acolhimento desse fenômeno.

A(o) senhora(o) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa, e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá em nenhum momento, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la(o).

A sua participação será através de entrevista semi-estruturada, que será gravada em áudio, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a(o) senhora(o). Alguns diálogos e temas do grupo serão registrados em um diário de campo pelo pesquisador responsável, sendo que para isso não será utilizado áudio.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Secretaria de Saúde e na Universidade TAL, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador.

Se a(o) Senhora(o) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Henrique Fernandes, no Centro de Atenção Psicossocial II, telefone: (XX) XXXXXXXX, no horário: 0900 às 1800h.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (XX) XXXXXXXX.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável, e a segunda com o sujeito da pesquisa.

Eu confirmo que Henrique Campagnollo D’ávila Fernandes explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este termo de consentimento, e concordo em dar minha contribuição para participar como voluntário desta pesquisa.

---

Nome do participante:

---

Pesquisador Responsável  
 Henrique Campagnollo Dávila Fernandes

CIDADE, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

<sup>33</sup> Foram omitidos dados que permitissem a identificação das Instituições e da cidade onde a pesquisa foi realizada.

**Anexo B**  
**Roteiro de entrevista semi-estruturada**

- 1) Me conte sobre sua história de vida...
- 2) Você lembra quando começou a escutar vozes?
- 3) Como foi a primeira experiência?
- 4) Aconteceu alguma coisa que você consegue associar com o surgimento das vozes?
- 5) O que você faz quando as vozes começam a falar?
- 6) Como entende a escuta de vozes?
- 7) O que elas falam?
- 8) Qual é a postura da família em relação a isso?