

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

MÁRCIA ALVIRA GOULART

MOVIMENTO DOS OUVIDORES DE VOZES: DA EUROPA AO BRASIL

PORTO ALEGRE, 2018

MARCIA ALVIRA GOULART

MOVIMENTO DOS OUVIDORES DE VOZES: DA EUROPA AO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial à obtenção do título de Psicóloga.

Orientadora: Prof^a. Dr^a.: Analice de Lima Palombini
Co-orientadora: Prof^a. Dr^a.: Vera Lúcia Pasini

PORTO ALEGRE, 2018

MÁRCIA ALVIRA GOULART

MOVIMENTO DOS OUVIDORES DE VOZES: DA EUROPA AO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial à obtenção do título de Psicóloga.

Orientadora: Prof^a. Dr^a.: Analice de Lima Palombini

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a.: Vera Lúcia Pasini

Aprovado em: ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Analice de Lima Palombini – UFRGS

Orientadora

Prof^a Dr^a Vera Lúcia Pasini – UFRGS

Coorientadora

Ms Marciana Zambillo – UFRGS

Avaliadora

ESTA VELHA ANGÚSTIA

Esta velha angústia,
 Esta angústia que trago há séculos em mim,
 Transbordou da vasilha,
 Em lágrimas, em grandes imaginações,
 Em sonhos em estilo de pesadelo sem terror,
 Em grandes emoções súbitas sem sentido nenhum.
 Transbordou.

Mal sei como conduzir-me na vida
 Com este mal-estar a fazer-me pregas na alma!
 Se ao menos endoidecesse deveras!
 Mas não: é este estar entre,
 Este quase,
 Este pode ser que...
 Isto.

Um internado num manicômio é, ao menos, alguém,
 Eu sou um internado num manicômio sem manicômio.
 Estou doido a frio,
 Estou lúcido e louco,
 Estou alheio a tudo e igual a todos:
 Estou dormindo desperto com sonhos que são loucura
 Porque não são sonhos.

Estou assim...
 Pobre velha casa da minha infância perdida!
 Quem te diria que eu me desacolhesse tanto!
 Que é do teu menino? Está maluco.
 Que é de quem dormia sossegado sob o teu teto provinciano?
 Está maluco.

Quem de quem fui? Está maluco. Hoje é quem eu sou.
 Se ao menos eu tivesse uma religião qualquer!
 Por exemplo, por aquele manipanso
 Que havia em casa, lá nessa, trazido de África.
 Era feiíssimo, era grotesco,
 Mas havia nele a divindade de tudo em que se crê.
 Se eu pudesse crer num manipanso qualquer –
 Júpiter, Jeová, a Humanidade –
 Qualquer serviria,
 Pois o que é tudo senão o que pensamos de tudo?
 Estala, coração de vidro pintado!

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	OUVIR VOZES.....	9
2.1	Experiência.....	9
2.2	Medicalização.....	10
2.3	Causalidade.....	13
2.4	Para mudar a relação com as vozes.....	13
3.	OS GRUPOS DE OUVIDORES DE VOZES.....	14
3.1.	Dinâmica e funções.....	14
3.2.	Os grupos brasileiros	18
4	OUVIDORES DE VOZES: DA EUROPA AO BRASIL.....	19
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo fazer uma reflexão acerca dos grupos de ouvidores de vozes, mais consolidados nos países europeus e mais incipiente no Brasil. Buscou-se pensar nas possibilidades de existência desses grupos no país, a partir das especificidades do contexto brasileiro. Refletimos sobre a influência nos grupos da situação sócio-econômico brasileiro de pobreza e baixa escolaridade. Percebeu-se que os grupos brasileiros geralmente estão ligados aos Centro de Atenção Psicossocial ou à pesquisa de algumas universidades, o que também influencia em como os grupos se organizam, ou seja não são autônomos como os europeus. Por esse motivo acreditamos que os grupos brasileiros, com mais estudos e divulgação do trabalho, tenderão a ser mais autônomos e apostar no protagonismo dos ouvidores de vozes como forma de potente de cuidado em saúde mental.

Palavras chave: Ouvidores de Vozes e autonomia

1. INTRODUÇÃO

Na década de 80, na Holanda, um psiquiatra chamado Marius Romme resolveu tentar outra maneira de lidar com as vozes de uma paciente, refratária às medicações por ele prescritas – uma outra maneira que não a simples supressão. Com um diagnóstico de esquizofrenia, essa paciente, Patsy Hage, escutava vozes que, mesmo sob tratamento medicamentoso, não cessavam. Ela questionou seu médico: “Você acredita em um Deus que nunca viu ou ouviu, então por que você não acredita nas vozes que eu realmente ouço?”. Concordando com a paciente de que o tratamento reducionista que ele oferecia não tinha trazido resultados, ele começou a mudar sua visão em relação às vozes (INTERVOICE BRASIL, 2017).

Patsy estava interessada no poder que as vozes exerciam sobre ela e no sofrimento que lhe causavam - suas vozes davam comandos para que ela se isolasse. O livro *The origin of Consciousness in the Breakdown of the Bicameral Mind*, 1976, de Julian Janes, lido por Patsy, foi o que deu o impulso para a mudança de abordagem no caso de audição de vozes. Enquanto o fenômeno de ouvir vozes é descrito pela medicina como alucinação auditiva verbal e sintoma da esquizofrenia, Janes, um psicólogo e professor universitário americano, defendia que ouvir vozes era normal na espécie humana até certo ponto do desenvolvimento filogenético, sendo decorrente da conversa entre os dois hemisférios cerebrais (BARROS & SERPA JR, 2014).

Instigado por Patsy, seu psiquiatra, Marius Romme, sugeriu-lhe que falasse com outros ouvintes sobre suas experiências. Inicialmente resistente, ela terminou por aceitar a sugestão. Começaram juntos a procurar outras pessoas que ouviam vozes e que conseguiam lidar melhor com essa experiência, inclusive pessoas que não possuíam qualquer diagnóstico. Todos os outros ouvintes contatados ficaram muito entusiasmados com a ideia de falar sobre as suas vozes, porém não sabiam como lidar com as mesmas. Marius teve a ideia de solicitar, num programa de TV da Holanda, em 1987, a participação de pessoas que soubessem como lidar com as suas vozes. Assim nasceram os primeiros grupos de ouvintes de vozes que vão dar origem ao Movimento de ouvintes de vozes, para quem a experiência de ouvir vozes é encarada como uma expressão da subjetividade humana e não como o sintoma de uma doença – os grupos tornam-se espaço de acolhimento às pessoas que ouviam vozes, para as quais o diagnóstico e as medicações não tinham êxito em apaziguar suas angústias. (INTERVOICE BRASIL, 2017). No mesmo ano, Marius Romme e Sandra Escher criam a rede de articulação desses grupos, o *Intervoice (The International Network for Training, Education and Research into Hearing Voices)* – instituição não governamental, sem fins lucrativos, registrada no Reino Unido, com o objetivo apoiar os grupos de ouvintes de vozes através do compartilhamento de

ideias, da conexão entre pessoas, do incentivo à pesquisa e da distribuição de informações. O *Intervice* conta com publicações como o manual *Como Montar um Grupo de Ouvidores de Vozes* e outro material intitulado *Abordagem de Ouvir Vozes* (BAKER, 2015) que, com teorias e técnicas, auxiliam a condução dos grupos. Além disso, em sua sede, em Manchester, o *Intervice* oferece uma linha direta para ouvidores de vozes e oficinas educacionais para profissionais de saúde mental.¹

Apesar de ser uma rede mundial, são os países europeus que apresentam maior relevância em trabalhos nessa área, e, embora tenha iniciado na Holanda, foi no Reino Unido que o movimento de ouvidores e vozes se tornou mais forte, por influência de muitos movimentos antipsiquiátricos e antimedamentosos (SMITH, 2007) – são mais de 180 grupos atuantes na Inglaterra, Escócia, Irlanda do Norte e País de Gales. O movimento também tem presença em outros países como EUA, Grécia, Palestina, Japão, Austrália e Dinamarca. O Brasil possui aproximadamente três grupos entre São Paulo e Rio de Janeiro.

O ingresso do Brasil na rede *Intervice* é mais recente, e os poucos grupos de ouvidores de vozes existentes estão ligados à pesquisa de Universidades ou aos serviços da rede pública de saúde mental – não temos registro de nenhum grupo autônomo, ou seja, formado pelos próprios ouvintes, como ocorre nesses outros países. Além disso, estando ligados aos serviços do sistema público de saúde, a condição socioeconômica e o nível de escolaridade dos participantes dos grupos são, em geral, bastante inferiores aos dos participantes dos grupos europeus.

Este trabalho tem por objetivo fazer uma reflexão acerca dos grupos de ouvidores de vozes, mais consolidados nos países europeus e mais incipiente no Brasil. Buscou-se pensar as possibilidades de existência desses grupos no país, a partir das especificidades do contexto brasileiro. Inicialmente é descrito como os grupos de ouvidores de vozes se organizaram desde suas origens e quais as suas propostas e modos de funcionamento. Em seguida são apresentados os grupos existentes no Brasil, estabelecendo-se paralelos com a proposta dos grupos europeus. Pretende-se, dessa forma, contribuir para a consolidação de formas potentes de se produzir algum cuidado no campo da saúde mental para pessoas com essa condição.

2. OUVIR VOZES

¹ Existem muitos meios virtuais disponibilizados pelo *Intervice* para troca de informações, exposição de sentimentos e discussões acerca das medicações, disponível a quem se interessar, como a página em inglês no Facebook (<http://www.facebook.com/groups/intervice>), com mais de 5.000 membros (BARROS E SERPA Jr., 2017). A seção brasileira do *Intervice* também mantém uma página no Facebook: <https://www.facebook.com/groups/intervicebrasil/>

2.1 Experiência

Ouvir vozes dentro de determinados contextos e em determinados momentos da história não estava associado à loucura ou, como hoje, a algum transtorno. Na história de civilizações antigas há relatos de pessoas como Sócrates (469-399 AC), na Grécia, que ouvia uma voz, segundo ele, de um demônio, porém a voz era considerada positiva. Joana D'Arc, outra famosa, no século XV, dizia que ouvia as vozes divinas de São Miguel e Santa Catarina, que lhe davam instruções. Quando tinha 16 anos as vozes a instruíram sobre uma missão: ela, que era uma jovem camponesa e analfabeta, deveria liderar a França, coroar o Delfim Carlos e expulsar os ingleses. Enquanto estava na França foi ouvida e levada em consideração, mas, quando capturada pelo ingleses, morreu na fogueira, entre outros, por bruxaria (ROMME et al., 2009). Em nosso país, algumas religiões como o espiritismo, a umbanda, o candomblé, e as pentecostais, acolhem as pessoas que vivenciam experiências alucinatórias, às quais são atribuídos sentidos espirituais diversos, que contribuem para lidar melhor com o fenômeno (ALMINHANA & MENEZES, 2016).

Barros e Serpa Jr (2014), psicóloga e psiquiatra brasileiros implicados com a experiência dos ouvidores de vozes, apontam que as vozes se manifestam de diferentes maneiras nas pessoas que as ouvem. Há pessoas que ouvem muitas vozes, outras apenas uma ou duas. Para uns, trata-se de vozes de pessoas estranhas, para outros, são vozes familiares; ou, ainda, é só um ruído incessante.

No primeiro momento em que uma pessoa ouve uma voz, ela é acometida pelo medo porque o auditivo seria mais penetrante do que o visual. Para uns, depois do medo seguiria a raiva e a exigência de compreender o que estaria acontecendo (KANTORSKI et al., 2017). O medo provém, não das vozes propriamente, mas do que elas dizem, mesmo no caso de serem vozes positivas. Para Andrade et al (2017), o que causaria o medo é a falta de controle sobre o que as vozes dizem.

Algumas pessoas têm uma relação positiva com a experiência de ouvir vozes, outras se sentem submetidas de forma passiva e estão mais predispostas a desenvolver uma relação negativa com suas vozes. Smith (2007) afirma que 75% das pessoas diagnosticadas com esquizofrenia ouvem vozes e, para a maioria, a experiência é irrefutavelmente negativa. Porém, para Smith (2017), Baker (2015) e Romme e Escher (2009), ouvir vozes em si não estaria relacionado à esquizofrenia: segundo o Intervice Brasil (2017), há estudos que mostram que 66% das pessoas que ouvem vozes conseguem lidar bem com elas. Outros experienciam suas

vozes como uma poderosa e consumidora influência, como se tivessem que obedecer a todas as suas ordens, pois as vozes diriam verdades supremas (BAKER, 2015). As vozes poderiam, ainda, fazer ameaças de castigos, por não obediência a seus comandos ou a familiares e amigos. Além disso, vozes negativas poderiam insultar, comentar sarcasticamente, censurar e amaldiçoar quem as ouve (SMITH, 2007).

Conforme Smith (2017), pessoas que ouvem vozes e não têm nenhum diagnóstico de transtorno mental podem manter o fato de ouvirem vozes em segredo por temer, justamente, a estigmatização social que recairia sobre elas se isso se tornasse conhecido – pois o isolamento é o que, nesse caso, tornaria essas pessoas doentes. Geralmente são essas as pessoas que conseguem aprender sozinhas a lidar com as vozes, juntado-se ao movimento de ouvidores de vozes e tornando-se consultoras. Contudo, outros ouvidores têm experiências muito perturbadoras, em que as vozes podem ser muito hostis e controladoras, minando-lhes a autoestima, e nem a família nem os amigos conseguem lhes ajudar. (INTERVOICE BRASIL, 2017).

2.2. Medicalização

Segundo Baker (2015), a audição de vozes é medicamente considerada sintoma principal de psicose. Descrita como alucinação auditiva verbal, abrange três categorias psiquiátricas principais: esquizofrenia (em torno de 50% dos pacientes esquizofrênicos escutam vozes); psicose afetiva (atinge cerca de 25% dos pacientes) e transtornos dissociativos (atinge cerca de 80% dos pacientes). No entanto, conforme apontado acima, para Baker (2015), Smith (2017) e Romme e Escher (2009), ouvir vozes em si não seria sintoma de uma doença – estudos mostram que haveria um grande percentual de pessoas que ouvem vozes sem ter um diagnóstico e sem necessitar de tratamento. Romme e Escher (2009) dizem que, em nossa cultura ocidental, a chance de receber um diagnóstico de esquizofrenia indo ao psiquiatra e relatando que ouve vozes seria de 80%. Apesar do Manual Estatístico de Transtornos Psiquiátricos V (DSM-V) caracterizar um transtorno somente quando se preenche todos ou pelo menos a maioria dos critérios referentes àquele transtorno (APA, 2013), de fato a simples menção à alucinação auditiva já seria suficiente para sua categorização.

Cabe menção aqui à genealogia do poder psiquiátrico formulada por Foucault (2006). Segundo Foucault, a loucura, a partir do século XIX, foi concebida como uma vontade em insurreição, diante da qual o trabalho dos psiquiatras seria o de estabelecer alguns regimes que tivessem resultados terapêuticos: regime de isolamento; regime de emprego de tempo; regime

de carências e medidas; e regime de obrigações de trabalho. Tais regimes tratariam de impor a vontade do psiquiatra ao doente, num exercício de poder resultando em submissão e dependência do outro à sua vontade. Podemos nos perguntar o quanto desse entendimento da terapêutica como um exercício de força (poder) da vontade do médico sobre o paciente não segue vigente ainda na atualidade.

Com efeito, no paradigma médico, o sintoma deve ser eliminado, e a fala do paciente serve apenas para melhor inventariá-los (TENÓRIO, 2001). Os resultados, nessa perspectiva, já estão definidos a priori. Consequentemente, a palavra de um sujeito que ouve vozes não tem valor, ocorrendo uma anulação simbólica do seu poder de verdade. Assim, o fato das vozes persistirem mesmo sob uso de medicamentos, não sendo oferecida nenhuma outra alternativa de tratamento – a não ser internação e monitoramento dos sintomas –, torna-se altamente prejudicial para essas pessoas. (ROMME & ESCHER, 2009).

Romme et al. (2009) apontam para uma passividade que a abordagem patológica traz e que não beneficia ou encoraja a pessoa a ajudar a si mesmo. A questão da dominância dos diagnósticos de esquizofrenia, desconsiderando outros problemas, é levantada como causa da insistência em tratar os ouvintes de vozes como doentes, sem esperança de recuperação na vida. Conforme relato de um ouvinte, Johnny:

Eu estava finalmente internado em um hospital psiquiátrico, mas ainda não tinha dito para ninguém sobre as vozes. Eu era tratado pelo meu abuso de álcool e mais tarde para depressão. Durante minha terceira ou quarta internação eu contei para um estudante de enfermagem que eu ouvia vozes; o alívio foi imenso. Contudo meu diagnóstico foi rapidamente alterado para esquizofrenia e eu fui pesadamente medicado. A dose era aumentada cada vez que era perguntado se eu ainda ouvia vozes e eu dizia que sim. O resultado de todos esses anos foi mais e mais isolamento social, entorpecimento pela medicação e ninguém com quem falar sobre a origem dos problemas. (ROMME et al, 2009, p. 694).

Se um dos métodos de tratamento utilizados pela psiquiatria é a internação, como forma de isolamento e controle através da medicação, Romme et al. (2009) alertam que as internações recorrentes podem trazer um abalo às já difíceis autoestima e autoconfiança dos ouvintes de vozes, para quem já é desafiador mantê-las em níveis suficientes no seu cotidiano. Conforme o relato de Eleanor durante um período de internação (ouvinte de vozes): “...eu estava enormemente desempoderada, tudo estava minando meu sentido de eu, exacerbando todas as minhas dúvidas sobre mim mesma...fazendo com que as minhas vozes ficassem mais agressivas e mais fortes” (ROMME et al, 2009, p. 666).

A psiquiatria e a medicina em geral oferecem tratamentos que passam pela medicalização – existem remédios para qualquer mal-estar que se possa pensar. A felicidade está numa pílula! Existe uma cultura que impõe não nos sentirmos tristes nem termos qualquer tipo de problema,

orgânico ou psicológico. A indústria farmacêutica, aliada à psiquiatria biomédica, produz doenças para vender remédios (MACHADO E FERREIRA, 2014). No caso dos antipsicóticos, especificamente, são medicamentos bastante agressivos, causando muitos efeitos colaterais como lentidão no pensamento, embotamento das emoções e outros sintomas relacionados ao orgânico (BECHELLI, 2003). Para Romme e Escher (1997), continuamos reféns de uma prática que produz doentes crônicos, lança à margem do sistema pessoas com sofrimento psíquico e entende a própria reabilitação psiquiátrica mais como uma forma de tornar o “doente mental” menos doente do que como um processo de maximizar suas potencialidades e inseri-lo no convívio social, livre de qualquer estigma. Ao abordar as redes sociais como modo de apoio aos grupos de ouvintes de vozes, Barros e Serpa Jr, (2014) trazem um relato que pode traduzir melhor essa experiência, através do post feito pelo ouvinte 1:

Muitas pessoas que ficam marcadas com doença psiquiátrica não têm a oportunidade de recuperação, são encorajadas a permanecerem doentes por um sistema que, muitas vezes, impede o crescimento psicológico por uso de drogas psicotrópicas excessivas. Este excesso de uso de medicação também mata pessoas. As drogas causam uma longa lista de problemas: diabetes, obesidade, doenças cardíacas e etc. (BARROS E SERPA JR, 2014, p.563).

Aragon (2004, p.137) afirma que a medicação está a serviço do controle físico do sujeito e, ao mesmo tempo, da alienação do poder de agir e criar estratégias singulares de pensar na sua condição. Segundo o autor, o medicamento pode trazer alívio para diversas dores, porém “sequestra a potência expressiva” e com isso possibilita o surgimento de agonias sem forma ou conteúdo, mais intensas e cruéis. Conforme relatos do livro de Romme et al. (2009), não lidar com as vozes, tentando ignorá-las, pode ser uma angústia maior do que o fato de saber o que elas querem dizer.

Para Romme e Escher (2009), embora a medicação seja útil para algumas pessoas, há uma proporção significativa que, mesmo sob uso de antipsicóticos, continuam apresentando sintomas; no caso, continuam a ouvir vozes. Conforme Barros e Serpa Jr (2014), as vozes precisam ter algum significado ou ter alguma elaboração emocional por parte da pessoa que ouve, fato que os medicamentos não propiciam.

2.3. Causalidade

Assim como para os autores brasileiros, também para os europeus como Romme et al. (2009) e Baker (2015) a possibilidade de elaboração ou construção de um sentido para as vozes que se escutam é importante no processo de aceitação e possibilidade de convívio com as mesmas. Contudo, esses autores parecem compreender numa perspectiva causalista a possibilidade dessa elaboração, de forma que haveria uma clara relação entre as vozes e as experiências traumáticas, embora fosse variável, para cada pessoa, o modo como essa relação ganharia expressão: alguns ouvidores teriam vozes cuja expressão do trauma seria através do seu conteúdo; outros, pelos gatilhos que as acionariam, e assim por diante (BAKER, 2015). Entre as causas para a manifestação das vozes, são citadas como as mais frequentes o abuso sexual e a negligência emocional; outros eventos traumáticos que também poderiam ser a causa das vozes incluem, segundo os autores, problemas da adolescência, altos níveis de stress, bullying e abuso físico. Além disso, também haveria um número alto de frequência de combinações entre esses fatores que poderiam ocasionar as vozes.

2.4. Para mudar a relação com as vozes

Os fundadores dos grupos de ouvidores de vozes propõem alguns passos a serem seguidos para que os ouvidores de vozes possam lidar melhor com as angústias causadas, muitas vezes, por vozes mais agressivas ou autoritárias (ROMME et al., 2009; Backer, 2015), e alcançar, assim, uma recuperação. Um dos primeiros passos consiste em dar esperança, mostrar uma saída e normalizar a experiência, que são modos de mostrar um interesse no ouvidor como uma pessoa. Conforme o depoimento de Ron Coleman: “Foi ela (assistente social) que me encorajou a ir para os grupos de auto-ajuda dos ouvidores de vozes de Manchester no começo de 1991. Foi ela, não eu, que acreditou que um grupo de auto-ajuda me beneficiaria” (ROMME et al., 2009, p. 297). Não necessariamente esse estímulo precisaria vir de um profissional da área da saúde mental. Como relata Stewart, pode vir de outro ouvidor de voz: “Minha recuperação começou quando eu encontrei outra usuária do serviço que trabalhava com caridade. Foi um real abrir de olhos porque ela também era uma usuária mas ela tinha um emprego, um companheiro, uma casa, todas as coisas que eu era levado a acreditar que eu não poderia ter, coisas que estavam além de mim”. (ROMME E ESCHER, 2009, p. 297)

Outro passo significativo seria encontrar pessoas que aceitem as vozes como reais. Aceitar as vozes como reais envolve interessar-se pela pessoa perguntando sobre o que aconteceu na sua vida e estar aberto o suficiente para falar sobre as vozes que ela escuta. Karina (ouvadora de voz) diz: “O que me ajudou era o suporte que eu tinha do Hearing Voices Network,

sentindo-me parte de alguma coisa e sendo aceita por quem eu era.” (ROMME et al, 2009, p. 342).

Para Romme e Escher (2009) e Baker (2015), o que as vozes dizem ou o que elas querem dizer é onde o interesse dos ouvidores e das pessoas que o acompanham deveria estar – é algo fundamental para aprender a lidar com elas. É através das características das vozes ou pelos seus conteúdos que os ouvidores reconheceriam aspectos da sua vida pessoal. Eleanor (ouvidora de vozes) conta: “eu comecei lentamente a perceber que, sim, ele era um demônio, mas ele era um demônio pessoal. Seu aspecto demoníaco eram aspectos inaceitáveis de mim mesma.”(ROMME et al., 2009, p. 400).

O passo seguinte seria tentar mudar a estrutura de poder entre o ouvidor e suas vozes, assumindo o comando da situação. Eleanor (ouvidora de vozes) comenta: “Eu comecei a testar o que as vozes alegavam. Uma noite [a voz] disse: ‘eu quero que você corte seu dedo do pé e se você não fizer eu matarei sua família’. Foi a coisa mais difícil que eu já tinha feito mas eu disse: ‘Faça isso’. Foi a noite mais terrível mas nada aconteceu, então eu percebi que [a voz] não tinha muito poder”. (ROMME et al., 2009, p. 442)

Esses passos orientam a proposta dos grupos de ouvidores de vozes, que passaremos a detalhar no próximo capítulo.

3. OS GRUPOS DE OUVIDORES DE VOZES

3.1. Dinâmica e funções

Os grupos de ouvidores de vozes foram propostos por Marius Romme e Sandra Escher com o intuito de oferecer uma vivência de compartilhamento coletivo dessas experiências (MUNÕZ, 2009). Na troca com outras pessoas, com experiências semelhantes, tratava-se de encontrar um meio de lidar com elas, estabelecer uma relação. No enfoque desses grupos, a audição de vozes não é encarada como a expressão natural de um processo de adoecimento; antes considera-se sua diversidade de formas e modos de manifestação. Geralmente as pessoas que vêm de longas experiências de ouvir vozes, com algum diagnóstico de transtorno mental, tornam-se solitárias e não querem um convívio social e cultural. Por isso os grupos de ouvidores de vozes propõem a oferta de ajuda e suporte mútuo, onde se disponibilizam não somente informações, mas troca de afetos, compaixão, humanidade, enfatizando a possibilidade de uma saúde mental melhor e com mais autonomia, onde a vida se tornaria mais amena.

Os grupos de ouvidores de vozes buscam criar condições para que o sujeito ouvidor de vozes possa se apropriar das suas experiências alucinatórias, atribuindo-lhes um novo significado – conforme os pesquisadores brasileiros Barros e Serpa Jr (2014), trata-se de um modo de transformação do processo doloroso e alienante que acontece nestas vivências. A ajuda interpares, como nomeiam os autores, que ocorre nesses grupos configura um sistema de dar e receber ajuda baseado em princípios fundamentais de respeito, responsabilidade compartilhada e acordo mútuo. A ajuda interpares – ou ajuda mútua – não segue modelos psiquiátricos ou critérios diagnósticos, mas propõe compreender a situação do outro empaticamente, por meio da experiência compartilhada da dor emocional e psicológica. Como já destacamos, diferentemente do modo como a psiquiatria trata esse fenômeno, o fato de ouvir vozes, para esses grupos, insere-se num contexto mais amplo, fazendo parte das inúmeras experiências subjetivas humanas (VASCONCELOS, 2003). Os grupos de ouvidores de vozes tentam normalizar a experiência de escutar vozes e outras incomuns, como sentir que está fora do próprio corpo, oferecendo uma alternativa para que não se sintam marginalizados e não sejam medicalizados e para que *recuperem* sua condição de cidadãos. *Recuperação* é o termo empregado ao invés de *cura*, pois não se trata de uma doença e sim de uma condição subjetiva diferenciada. (Romme et al., 2009) Não seriam grupos de terapia ou tratamento – embora possam ser pensados como um complemento dos serviços existentes, funcionariam de modo a não repetir as prescrições desses serviços. Assim, segundo Backer (2015), se o grupo ocorrer dentro de um serviço de saúde mental, todos os diagnósticos e preconceitos teriam que ficar do lado de fora.

Os grupos de ouvidores de vozes contam com a figura do facilitador – alguém que, tendo ou não a experiência de ouvir vozes, dispõe de algumas habilidades para que o grupo consiga ter um bom andamento. O facilitador cumpre o papel de mediação no caso de um dos participantes começar a falar e não deixar espaço para os outros. Ele tem também o papel de suscitar alguns temas, deve ser um bom ouvinte, não pretender resolver tudo, ser compreensivo e não julgar (INTERVOICE BRASIL, 2017).²

Inicialmente, quando um indivíduo entra num grupo de ouvidores, ele passa por uma etapa investigativa sobre as suas vozes, o que requer um trabalho cooperativo e baseado na confiança mútua entre o ouvidor e a pessoa que o ajuda a lidar com as vozes. O foco é em

² Na experiência do *Intervoice*, é também o facilitador quem aplica, em participantes que estejam no grupo há mais de três meses, o *Maastricht Interview* – questionário de investigação sobre as vozes e a história de vida do ouvidor que, segundo Baker (2015), auxiliaria na criação das estratégias de como lidar com tais vozes.

algumas características da experiência de ouvir vozes que devem ser identificadas: a identidade das vozes; as características de sua comunicação com a pessoa; o modo de falar; o que elas têm a dizer; o que provoca o aparecimento das vozes; que mudanças importantes na vida do ouvidor de voz foram relacionadas ao surgimento de vozes; características do ouvidor de voz, sua educação e todas as experiências especiais que ocorreram na infância. (INTERVOICE BRASIL, 2017)

De acordo com Romme et al. (2009) e Baker (2015), aceitar as vozes não significaria que o sujeito pôde conectá-las com sua história de vida num primeiro momento. O facilitador tem a função de ajudá-lo a descobrir qual seria a relação das vozes com a sua vida e se poderia ter associação com algum trauma no passado. Segundo os autores, os ouvidores de vozes consideram inicialmente muito ameaçador fazer a ligação do que ouvem com algum evento traumático em suas vidas. O ouvidor é orientado a pensar no que teria acontecido naquele momento que fez com que as vozes surgissem. Mieke (ouvidora de voz) diz: “Eu começo a ouvir vozes quando estou em uma situação de risco. As vozes expressam minha luta emocional entre querer enfrentar os meus problemas e querer voar para longe.” (ROMME E ESCHER, 2009, p. 560).

Tal investigação sobre as vozes – no intuito de melhor lidar com elas – requer uma estratégia preliminar que acompanha o processo do grupo: não só o ouvidor precisa aceitar suas vozes como sendo reais mas o restante do grupo também deve acolher sem críticas as interpretações dadas pelos participantes para a sua experiência. É preciso respeitar a diversidade de experiências e visões de seus membros, inclusive as crenças acerca da origem das vozes. Essa aceitação é fundamental porque negar, ignorar ou simplesmente tentar distrair as vozes dificilmente funcionaria (BAKER, 2015). No exemplo que Smith (2007) propõe, se uma pessoa chega no grupo dizendo que é a Rainha da Inglaterra, ninguém iria contradizê-la mas sim tentar entender o que isso significaria para ela. Conforme o depoimento de Flore (ROMME et al., 2009, P. 50): “O efeito positivo dos grupos de auto ajuda era que quando ouvir vozes era aceito pelos outros e por mim mesma, eu poderia controlar mais”.

A partir dessa aceitação da realidade das vozes, são usadas algumas técnicas que ajudariam os ouvidores a aprender a lidar com suas vozes, principalmente as agressivas e as vozes de comando. (Baker, 2015, Romme et al., 2009). Uma dessas técnicas é a de selecionar as vozes positivas e começar a travar um relacionamento com elas, para posteriormente enfrentar as vozes agressivas, numa tentativa de compreender o que elas estão querendo dizer. Pensar positivo, sobre si mesmo e sobre sua experiência, segundo Baker (2015), ajudaria na recuperação. Outra técnica é denominada de *Diálogo com as Vozes*, na qual o facilitador

ajudaria a explorar os conteúdos das vozes: ele pede para conversar com as vozes e, se elas aceitarem, tem início o diálogo, onde as perguntas giram em torno de qual é a função delas na vida da pessoa. Nesta técnica, conforme os autores, o facilitador não deve discordar ou discutir com as vozes, apenas fazer o reconhecimento e a expressão das emoções envolvidas, sem nenhum tipo de censura. Uma terceira técnica é de estabelecer limites para o contato com as vozes. – por exemplo, determinando um horário do dia para conversar com as vozes e, durante o resto do dia, simplesmente dizer: “agora não”. A ideia seria obter um equilíbrio, onde o ouvitor conseguiria considerar que as vozes são parte de si mesmo, parte da sua vida, que ele pode ter o controle sobre elas e também que as vozes poderiam exercer sobre sua vida uma influência positiva.

Na experiência do Intervice, as vozes querem ser ouvidas e seria necessário deixá-las se expressar. Para Baker (2015), algumas vozes estão com raiva, a qual estaria conectada com a repressão: as vozes com raiva desejam desabafar. Contudo, ainda que sem se propor a julgar as vozes, o facilitador não pode concordar com os seus comandos de machucar o ouvitor ou outras pessoas. Por isso, sempre que houver vozes positivas, é por elas que o diálogo com o facilitador deve começar. Este método ajudaria a minimizar o relacionamento conflituoso do ouvitor com suas vozes, apoiando-o no desenvolvimento de estratégias e técnicas positivas para lidar melhor com a sua experiência.

Cristina Contini, participante do movimento de ouvitores de vozes da Itália, fala em positivar uma voz, através desse Diálogo com as Vozes (KANTORSKI et al, 2017). Na entrevista que concede a Luciane Kantorski, Cristina Contini relata o início do atendimento de um comerciante de 45 anos, cujas vozes diziam “te mata, te mata”; ele havia perdido o controle de si e passou vários anos usando fármacos. No encontro com esse homem, Cristina perguntou para a voz o que ela queria dizer com aquilo: “Muda teu modo de existência”, foi o que respondeu a voz. Para Cristina ficou claro qual seria o significado do matar, seria eliminar o modo antigo de existência e procurar outro sentido para a vida dele.

Os participantes dos grupos de ouvitores também compartilham suas próprias estratégias para lidar com as vozes. Uma delas seria o uso dos fones de ouvido do celular, quando estão em público e precisam falar com as vozes sem chamar a atenção (SMITH, 2007). E, quando a quantidade de vozes é muito grande, a sugestão seria ter um diário, para anotar o que as vozes dizem, para depois, na releitura, tentar achar um ponto comum entre os conteúdos e fazer alguma relação (KANTORSKI et al, 2017).

3.2. Os grupos brasileiros

No Brasil, os grupos de ouvidores de vozes são muito recentes, tendo se vinculado ao *Intervoice* em outubro de 2017, após o 1º Congresso Nacional de Ouvidores de Vozes, no Rio de Janeiro. Porém os grupos começaram a se organizar quatro anos antes, com a vinda de Paul Baker, um dos fundadores do *Hearing Voices Movement* (Movimento dos Ouvidores de Vozes) do Reino Unido. Paul Baker se encontrou com Pablo Valente, fundador do CENAT (Centro de Educacional de Novas Abordagens em Saúde Mental), em um Congresso em Campinas. Os dois uniram-se com o intuito de fazer congressos e palestras para divulgar os grupos de ouvidores de vozes e também outras abordagens alternativas de tratamento (VALENTE, 2018). O Objetivo, conforme Valente (2018) é levar conhecimento a respeito de práticas alternativas em Saúde Mental a vários lugares do Brasil, através de fóruns, palestras e congressos. A parceria entre o Movimento dos Ouvidores de Vozes e o CENAT possibilitou a publicação para o português de materiais como o *Manual de como Montar um Grupo de Ouvidores de Vozes*, de 2017, e o *Abordagem de Ouvir Vozes* (BAKER, 2015).

Nesse primeiro congresso de ouvidores, em 2017, foi criado um manifesto o qual se encontra na página dos ouvidores de vozes - Brasil, no Facebook: (<https://www.facebook.com/intervoicebrasil/>). O manifesto levanta o que os ouvidores de vocês querem fomentar para os grupos brasileiros, além de se integrar ao *intervoice*, afirmar que ouvir vozes é uma experiência humana individual e particular, não patológica, não incapacitante e que o sofrimento da pessoa que ouve vozes advém em grande parte do estigma negativo que nossa sociedade tem contra o ouvidor de vozes. Conforme esse manifesto seria importante articular-se com os grupos de ouvidores do Brasil para fortalecê-los e apoiá-los. Também através da promoção do diálogo com a sociedade, academia e entidades fomentando a construção de uma sociedade sem estigmatização dos ouvidores de vozes.

Os grupos que existem atualmente no Brasil estão ligados a pesquisas universitárias ou aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). No Rio de Janeiro existe um grupo no IPUB (Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro), onde, além do grupo de ouvidores, o psiquiatra e psicanalista Otávio Serpa Jr faz pesquisas dos grupos de ouvidores de vozes na internet, juntamente com sua equipe. As pesquisas são acerca dos assuntos discutidos pelos membros dos grupos de ouvidores nas páginas do grupo, no facebook, e em outras redes sociais do *Intervoice* (BARROS E SERPA Jr, 2014). Não são somente ouvidores que participam desses grupos e fóruns virtuais, mas também profissionais de saúde, familiares e pessoas que, por algum motivo, tem interesse nesses assuntos. Recentemente, foi criado pelos autores, um grupo

na internet em língua portuguesa, *Facebook: Intervice: Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes/Brasil* (<https://www.facebook.com/groups/intervicebrasil/>).

No Rio de Janeiro, na cidade de Cabo Frio, também possui um grupo que se encontra em um CAPS II e que não está relacionado a nenhuma universidade, mas que nasceu da necessidade dos usuários de encontrar outro meio de cuidado porque os medicamentos não estavam ajudando. Em Brasília, existe um grupo ligado à pesquisa da UNB (Universidade de Brasília), o grupo se reúne num CAPS (FERNANDES E ZANELLO, 2018). Também em Minas Gerais o grupo de São João del Rei, está ligado à Universidade Federal e consequentemente à pesquisa. Em São Paulo possui dois grupos, um Campinas e outro em Ribeirão Preto, ambos realizam seus encontros num CAPS e não estão conectados a nenhuma universidade.

Os grupos existentes no Brasil seguem as proposições do Intervice, de ajuda mútua, acolhimento e convivência, buscando compreender a situação do outro empaticamente e compartilhar estratégias para lidar com as vozes (BARROS E SERPA JR, 2014, E ZANELLO, 2018). Normalmente os grupos surgem ou na universidade, por iniciativa de um grupo de pesquisa, ou no CAPS, por demanda dos profissionais do próprio serviço, em virtude dos usuários que, mesmo em tratamento medicamentoso, continuam a ouvir vozes.

4. OUVIDORES DE VOZES: DA EUROPA AO BRASIL

Quando se trata de olhar para a transposição da experiência do movimento de ouvidores de vozes da Europa para o Brasil, uma das diferenças mais marcantes que se pode apontar, principalmente em relação aos ingleses, são as diferenças socioeconômicas. A pobreza constitui o modo de existência da maioria do povo brasileiro, enquanto a Europa vive num contexto de melhor distribuição de renda. Essa característica fornece um retrato aproximado do modo de sentir, pensar e adoecer da maioria da população. A população pobre brasileira vive em precárias situações ambientais e forçada a um regime alimentar carente, apresenta baixos níveis de saúde, tornando-a mais vulnerável às doenças mentais, emprestando a essas um caráter de maior gravidade (FILHA et al, 2003). Sabemos que existem outros fatores que podem levar a transtornos mentais, mas a relevância do nível socioeconômico é grande no caso do Brasil. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016), um ambiente que respeite e proteja os direitos básicos, civis, políticos e culturais é fundamental para a promoção da saúde mental. Podemos somar às desvantagens de oportunidades associadas aos atributos de gênero, escolaridade, raça/etnia entre pessoas dos mesmos segmentos sociais, também a elevada

desigualdade de renda no Brasil – além de outras assimetrias econômicas e de poder –, fato que possui consequências profundas sobre o sistema de direitos de cidadania (Gentili, 2011). Conseqüentemente, as pessoas que vivem em condições socioeconômicas precárias, às vezes, não conseguem tomar consciência das contradições em que vivem e do que isso produz na sua subjetividade.

Os grupos brasileiros de ouvidores de vozes, portanto, veem-se desafiados a levar em consideração esses fatores – o movimento de ouvidores de vozes no Brasil diz respeito a pessoas que foram subjetivadas de forma diferente dos europeus, em função de diversos pontos como baixa escolaridade, pobreza, falta de oportunidades e violação de direitos. Acreditamos no grande benefício que a experiência dos ouvidores de vozes pode trazer aos usuários brasileiros – além de promover cuidado em saúde mental com a proposta de compartilhamento das experiências sobre as vozes, impulsiona uma discussão sobre autonomia e protagonismo (BAKER, 2015), uma vez que aprender a lidar com as vozes é ter o controle também sobre sua própria vida. Nos grupos de ouvidores de vozes, há discussões sobre outros temas além das vozes, o que proporciona uma reflexão sobre os modos de existência – pois não é suficiente falar sobre as vozes ou sobre a condição de ouvidor de vozes sem colocar em casua as condições que produziram esse fenômeno. Como diz a OMS (2016), promoção em saúde mental é mais que ausência de transtornos; é um bem estar no qual o indivíduo pode realizar suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar e é capaz de fazer contribuições à sua comunidade. A formulação da OMS (2016) relaciona a saúde da pessoa com o atendimento de suas necessidades pelo sistema socioeconômico e sociopolítico.

O documentário “Ouvidores de Vozes”, transmitido pelo canal Futura, produzido pelo CAPS de Ribeirão Preto, com a direção de Bruno Tarpani (2017), dá a ver algo dessa realidade que apontamos aqui como diferencial dos grupos de ouvidores de vozes no Brasil, em relação aos grupos europeus. No Brasil, os frequentadores dos grupos de ouvidores de vozes são via de regra usuários de CAPS, ou seja, são pessoas com condições de saúde mental mais graves, as quais podem se apresentar de diversas maneiras: alguns, egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, guardam no corpo as marcas cronificantes do asilamento; outros sentem o peso do uso de muitos medicamentos; há aqueles que têm um convívio social mais comprometido, às vezes somente com a família, com um ou outro familiar, sem outros laços; mas há também aquelas pessoas que, apesar de sua condição, têm convívio com a família e com amigos – o documentário mostra isso. A restrição maior, contudo, parece ser no âmbito do trabalho: nenhum dos três participantes do grupo que dão seu depoimento no documentário

conseguiu ingressar no mundo do trabalho ou retornar a ele, não se sentindo capazes para isso. É um contexto diferente do das experiências relatadas no livro de Romme e Escher, (2009), *Living with voices: 50 stories of recovery*, sobre ouvidores de vozes que muitas vezes questionam o uso de medicamentos, que seguem trabalhando ou param apenas por um período, até conseguir lidar melhor com as vozes;. Existe, obviamente, uma escolha por parte do *Intervoice* e de Marius Romme, seu fundador, de fazer uma espécie de marketing positivo, recaindo sobre os casos de sucesso os relatos publicados neste livro. Enquanto os relatos e vídeos produzidos pelo *Intervoice* e seus idealizadores parecem ser feitos para que se pense que o sucesso é quase certo, o documentário *Ouvidores de Vozes* (Canal Futura, 2017), feito pelo CAPS, mostra o quanto que, na prática, aprender minimamente a lidar com as vozes e, a partir disso, voltar a refazer os laços sociais perdidos é um trabalho árduo, uma luta diária e constante.

Outro modo de pensar as diferenças entre os frequentadores dos grupos brasileiros e europeus é através da série *River* (Inglaterra, 2015), do Netflix. O personagem John River é um investigador de Polícia que ouve vozes e também vê a imagem das pessoas. Geralmente, são pessoas mortas, dos casos que ele investiga. Mas o que chama a atenção na série é que ele apresenta somente esses sintomas, visões e audições, isto é, ele não apresenta nenhum outro sintoma que caracterizaria um diagnóstico psiquiátrico. River conversa abertamente com as visões sem se importar com o que as pessoas pensam dele. Seu chefe tenta afastá-lo do cargo por isso, mas não obtém sucesso, porque River recebe ajuda de uma psicóloga que o orienta a procurar um grupo de ouvidores e faz, a respeito da sua condição de sanidade mental, um parecer favorável.

Um ponto importante para comparação é que River circula normalmente no meio social, sem qualquer restrição. Certamente não é o caso de todos os frequentadores dos grupos europeus, pois geralmente, no início da descoberta das vozes, o mais comum é o isolamento social. Porém *River* consegue sustentar essa circulação, apesar de ser um pouco solitário; e isso difere bastante dos sujeitos mostrados no documentário do CAPS. Estes, apesar de ainda manterem convívio com a família e alguns amigos, perderam totalmente o laço social com o trabalho; mesmo para aqueles que tiveram, antes, uma carreira, tornou-se bastante difícil manter-se trabalhando após o início das vozes. John River, na série, opta por não tomar medicamentos, assim como muitos relatos do livro do Romme et al. (2009). O *Intervoice* considera que a pessoa pode decidir seguir ou não com a medicação, desde que avalie quais as vantagens e desvantagens dessa decisão. Os grupos europeus podem discutir sobre isso de forma bem aberta, sem determinar o que o ouvidor deve fazer; porém, no contexto brasileiro,

as condições para que os usuários dos serviços de saúde mental tomem parte, de forma ativa, nas decisões que dizem respeito ao seu tratamento medicamentoso parecem mais limitadas do que as que se pode encontrar na Europa.³

Como vimos acima, os grupos de ouvidores de vozes brasileiros são formados, predominantemente, por pessoas com diagnósticos de transtornos em saúde mental, diferente dos grupos de outros países que acontecem muitas vezes em outros espaços que não os serviços e cujos participantes, em alguns casos, são ouvidores de vozes sem nenhum diagnóstico. Nesse sentido, a autonomia dos europeus é maior que a dos grupos brasileiros, pois são grupos independentes, os quais não estão subsumidos às prescrições dos serviços de saúde. São conduzidos a partir de ouvidores que já conseguiram aprender a lidar com as vozes, ou seja, ouvidores com algum grau de autonomia (BAKER, 2015).

A ideia de autonomia como consequência de uma evolução do tratamento, visão de muitos profissionais de saúde, não coincide com os objetivos que os grupos de ouvidores de vozes europeus e brasileiros propõem. Para esses grupos, autonomia diz dos meios que um sujeito, singularmente, pode encontrar para articular a experiência de ouvir vozes dentro da sua vida. As aproximações entre as ideias de autonomia colocadas por Fernando Tenório (2001) e os argumentos dos grupos de ouvidores de vozes, tanto brasileiros como europeus, (BAKER, 2015) são grandes, na medida em que acompanhar o sujeito em sua singularidade, como propõe Tenório, aproxima-se da proposta dos grupos de ajuda mútua, onde a verdade é a que o indivíduo traz com sua palavra, respeitando-se as crenças pessoais sobre as vozes e a forma singular que cada um encontra para lidar com as mesmas – são perspectivas que remetem ao exercício de um determinado grau de autonomia.

Vimos que, para os precursores do movimento de ouvidores de vozes, a tendência de reduzir os transtornos mentais aos seus sintomas transforma a experiência de ouvir vozes em doença (ROMME & ESCHER, 2009). Entendemos que essa perspectiva pode ser aproximada daquela que orienta a psicanálise na abordagem das psicoses. Pois, se no paradigma médico o sintoma é algo a ser debelado, a clínica psicanalítica, desde Freud, alerta que o sintoma é a verdade do sujeito: “ao mesmo tempo que eclipsa [o sujeito,] o representa” (TENÓRIO, 2011). Para Freud, a esquizofrenia é uma das possibilidades da psicose e, como tal, é um modo de existência: tratá-la não é o mesmo que tratar uma doença e precisaríamos repensar as formas de

³ No Brasil existe um trabalho que é uma pesquisa para adaptação da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) onde tem norteada por princípios que valorizam a autonomia e o protagonismo dos usuários de psicofármacos, a sua qualidade de vida, os seus direitos e o reconhecimento das significações plurais da medicação (SADE et al., 2013).

tratamento. Esse pensamento é bastante próximo do que encontramos em Romme et al. (2009), quando dizem que a experiência de ouvir vozes é uma variedade da expressão da subjetividade humana e não uma patologia. Ora, a psicanálise é uma influência presente no campo da reforma psiquiátrica brasileira, de forma que, embora os grupos brasileiros de ouvintes de vozes ocorram sistematicamente dentro dos serviços de saúde, há ao mesmo tempo um esforço na direção da despatologização, que tanto segue os preceitos do *Intervoice* quanto se inspira da psicanálise.

Podemos considerar que Tenório (2011), com atuação em saúde mental no Brasil fortemente orientada pela psicanálise, compartilha da perspectiva do *Intervoice* (BAKER, 2015; ROMME et al, 2009) ao afirmar que, dentro do que seria o quadro da esquizofrenia, uma multiplicidade de experiências do sujeito pode estar contida – estar no mundo ou trabalhar, relacionar-se com os outros, sair de casa... –, as quais são vividas de forma distinta por cada sujeito. Segundo esses autores, não podemos restituir o sujeito a uma integridade anterior ao começo da experiência de ouvir vozes; portanto, não se pode querer que as suas relações sociais estejam de acordo com as normas dos que estão na condição dita de “normalidade”. A direção do trabalho com esses sujeitos seria de devolver-lhes um mínimo de qualidade de vida dentro de seus modos de existência.

Lembrando de outra semelhança entre os grupos, destacamos o que diz Freud (1911, p. 94-5), em sua análise da obra de Schreber, *Memórias de um doente de nervos*: “A formação delirante, que presumimos ser o produto patológico, é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, uma reconstrução”. Considerando essa afirmação, deduzimos a importância de que as vozes – independente do diagnóstico, poderíamos dizer – sejam ouvidas porque é através disso que os sujeitos marcados por essa condição vão reconstruir um lugar no mundo de maneira a poder viver nele (TENÓRIO, 2001). Reencontrar uma maneira de viver nesse mundo, Freud (1911) aponta, é encontrar no mundo um lugar de sujeito. Ao considerar o delírio uma forma de cura, Freud sinaliza que suprimir o fenômeno das vozes – que se encontra em geral na base do processo de construção delirante – não vai ajudar a melhorar a vida dessas pessoas.

Partindo dessa confluência, de ambos os grupos, sobre a importância de ouvir as vozes, Muñoz (2011) ressalta que, no grupo brasileiro, a predominância, como técnica ou estratégia, é a de compartilhar as experiências individuais no coletivo, sem insistir na diferenciação ou aproximação, mas, sim, abrindo a possibilidade de cada um traduzir para o grupo a sua experiência singular. Nos grupos europeus, porém, além do compartilhamento são usadas outras técnicas e estratégias, já citadas anteriormente, para que o sujeito mude a sua relação com as

vozes e assuma o controle de sua vida (BAKER, 2015; ROMME et al., 2009). Apesar da diferença de ênfase nas técnicas e estratégias, ambos os grupos compartilham do princípio da aceitação do significado atribuído pelo ouvindo às suas vozes. O documentário *Ouvidores de Vozes* (Canal Futura, 2017) mostra esse princípio operando no modo de condução do grupo: quando alguma divergência referente ao sentido atribuído ao fenômeno das vozes se instalava entre os participantes do grupo, principalmente em torno à atribuição de significados religiosos às vozes, a mediação do facilitador reconduzia o grupo a se apoiar mutuamente.

Vale referir ainda que, enquanto os grupos europeus são iniciados por demanda de pessoas ouvindo de vozes, num modelo próximo da autogestão, onde os participantes é que gerem o funcionamento do grupo (BAKER, 2015); os brasileiros são formados por usuários dos CAPS, com diagnósticos de transtorno mental, a partir de uma necessidade apontada pelo serviço (MUÑOZ, 2011). Percebemos como essa diferença afeta o tipo de facilitador dos grupos, pois entre os europeus geralmente são ouvindo de vozes com experiências exitosas de relação com essas vozes – apenas eventualmente são pessoas que não ouvem vozes as que encarnam o papel de facilitadores. No Brasil, são os técnicos do CAPS, às vezes, conjuntamente com pesquisadores de alguma universidade, que tomam para si a tarefa do facilitador. Outra diferença importante entre os grupos é quanto à busca pela causa das vozes, apontada como fundamental nos grupos europeus (ROMME et al, 2009; BAKER, 2015). No Brasil, não parece ser algo discutido no grupo, pelo que se observa no documentário do Canal Futura, (2017) e pelos artigos publicados pelos grupos brasileiros (MUÑOZ, 2011). Os grupos brasileiros parecem circunscrever o seu interesse em trabalhar uma melhor forma de compartilhar as experiências e aprender a conviver com as vozes propiciando uma melhor qualidade de vida; já para os grupos europeus, conviver com as vozes para alcançar uma melhor qualidade de vida requer necessariamente investigar as origens, o acontecimento traumático na história do sujeito que possa ser reconhecido como desencadeador das vozes.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, mostramos que os grupos de ouvindo de vozes europeus, principalmente os ingleses, estão bem estabelecidos, já possuem muito material teórico e com bastante experiências registradas em livros e vídeos. Esses grupos já possuem uma rede de ouvindo de vozes organizada pelo *Intervoice*, dando apoio a vários países do mundo. O *Intervoice* e seus fundadores possuem relevância social em seu país, o que ajuda na transmissão de conhecimento adquirido pela rede e na formação de novos grupos.

No Brasil, como vimos até agora, os grupos de ouvidores de vozes são muito incipientes, estão dando os primeiros passos para sua formação – apenas recentemente os grupos brasileiros se vincularam ao *Intervoice* e estão recebendo ajuda por meio de palestras e material teórico para a formação dos grupos. Conforme foi relatado, a ideia dos grupos de ouvidores, tanto os europeus quanto os brasileiros, é promover a autonomia e o protagonismo do sujeito ouvidor de vozes, por meio da ajuda interpares, em que os ouvidores compartilham suas histórias, com respeito, confiança e sem julgamentos, fazendo com que os outros integrantes se beneficiem dessa escuta. Dessa forma, os grupos apostam numa articulação entre si onde possam se fortalecer e fomentar o apoio mútuo. Em relação ao Brasil, é importante ressaltar a importância da ligação das experiências dos grupos de ouvidores de vozes com a pesquisa universitária, possibilitando o início, entre nós, da discussão e divulgação de material sobre o assunto junto à sociedade em geral. Esse elo com a pesquisa acadêmica torna-se um dispositivo para combater a estigmatização dos ouvidores, a qual é fonte de grande sofrimento, prejudicando a melhoria das condições de existência dos ouvidores de vozes.

As semelhanças entre os grupos europeus e brasileiros se expressa de diversas formas. A primeira delas diz respeito ao modo de encarar a experiência de ouvir vozes: ela é parte da expressão da subjetividade, e não um sintoma a ser suprimido, como a psiquiatria defende – mesmo se a experiência grupal no Brasil venha acontecendo junto aos serviços de saúde mental de tipo CAPS, cujos usuários portam irremediavelmente o diagnóstico de um transtorno mental. Ainda, a ineficácia dos medicamentos em fazer com que as vozes desapareçam encontra-se na raiz da constituição dos grupos tanto no Brasil como na Europa, o que inclui a reflexão sobre o tratamento medicamentoso como tema abordado nesses encontros.

Apesar dos dois grupos, brasileiro e europeu, ter o mesmo objetivo, de ensinar estratégias para lidar com as vozes, naturalizar a experiência e promover uma autonomia no ouvidor de vozes, há diferenças nos modos de constituição desses grupos. Na Europa, os facilitadores são ouvidores de vozes ou pessoas que estão próximas da experiência, mas aqui no Brasil não funciona dessa maneira. Sabe-se que os grupos que acontecem dentro dos serviços de saúde mental, nos CAPS, têm como facilitadores os próprios técnicos do serviço ou, no caso de grupos que estão ligados à universidade, são os pesquisadores que atuam como facilitadores. A partir disso, cabe pensar, talvez como pesquisas futuras, o quanto esses grupos estão atravessados pelo saber/poder dessas pessoas e o quanto estão sendo capazes de promover autonomia e protagonismo. Uma tal investigação inevitavelmente precisará se ocupar de uma análise das condições de produção de autonomia e protagonismo, não apenas no âmbito das relações entre profissionais e usuários de saúde mental, mas no que se refere à população brasileira de modo

amplo, tão frequentemente vilipendiada quanto às possibilidades de exercício de cidadania e protagonismo social.

Seguindo na linha de demarcação das diferenças entre os grupos num contexto e outro, ressaltamos as condições de pobreza, baixa escolarização, violência, falta de possibilidades de trabalho entre outros indicadores socioeconômicos como fatores que podem vir a ser de risco para transtornos mentais – uma vez que a maioria da população brasileira vive nessas condições, o trabalho grupal em torno à experiência de ouvir vozes é necessariamente atravessado por essa realidade, o que se faz ao mesmo tempo tema de reflexão no grupo e desafio a ser vencido. Os grupos europeus são em geral formados por pessoas em condições socioeconômicas e educacionais bastante superiores, o que significa contar com recursos que lhe permitam ter um vida diferente após passarem pelos grupos, porque já tinham uma condição melhor antes de passar pela experiência. No Brasil a recuperação das pessoas que ouvem vozes é um enorme desafio, uma vez que é a noção mesma de cidadania que se encontra adoecida e necessita recuperação, em função não apenas das dificuldades e sofrimentos históricos que recaem sobre sua população, mas pela ruína das políticas públicas e sociais impostas pelo contexto político vigente. da falta de informação e de políticas de promoção a problemas de saúde mental. Necessitamos não somente reavivar e fortalecer as políticas de saúde mental, alinhadas às políticas de outros setores além do da saúde, como educação, assistência social, trabalho, cultura, lazer, habitação entre outras; necessitamos, por princípio, reavivar e fortalecer o exercício da democracia no país.

Portanto, se pensarmos nas propostas do *Intervoice*, como rede internacional, para os grupos de ouvintes de vozes, é fato que os grupos brasileiros precisam avançar em direção a uma autonomia em relação ao serviços de saúde; deixando, assim, de ser grupos de cuidado em saúde mental para se assumir como grupos independentes, formados voluntariamente por ouvintes de vozes ou familiares, conforme acordado no manifesto do 1º Congresso de Ouvintes de Vozes do Brasil. Assim como os grupos europeus são independentes, os brasileiros pretendem esse objetivo e o *Intervoice* disponibiliza material teórico e de consultoria para esse fim. Entretanto, considerando o contexto brasileiro de grandes dificuldades socioeconômicas, agravadas ou mesmo impostas pelo acontecimento traumático do golpe à sua democracia, que já se estende por dois anos – produzindo aumento exponencial dos problemas de saúde mental –, seria mais potente apostar num grupo que, não somente pudesse desenvolver-se de forma autônoma e protagonista em relação aos CAPS, mas onde a discussão acerca da experiência de ouvir vozes levasse em conta, fortemente, o contexto social que provoca o adoecimento. Um espaço que, além do compartilhamento das narrativas como

estratégia para produção de saúde mental, localizando as causas traumáticas singulares que dão origem às vozes para cada um dos ouvintes de vozes do grupo, como propõe o *Intervoice*, pudesse dar especial atenção também às condições sociais que os subjetivaram, compartilhando, igualmente, as estratégias para lidar com essas condições.

Finalmente, tendo em vista a busca de autonomia e protagonismo dos grupos brasileiros, seria pertinente investir esforços para a produção de seus próprios materiais informativos e de orientação aos ouvintes de vozes, baseados em suas experiências e a partir do nosso contexto.

REFERÊNCIAS

ALMINHANA, Letícia; MENEZES Jr, Adair. Experiências Religiosas/Espirituais: dissociação saudável ou patológica?. **HORIZONTE**. 14. 122. 10.5752/P.2175-5841.2016v14n41p122. 2016.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Fifth Edition (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

ARAGON, Luis Eduardo. **O Impensável na Clínica**. Projeto de Tese de Doutorado em Psicologia Clínica, São Paulo: PUC, 2004.

BAKER, Paul. **Abordagem de Ouvir Vozes: Treinamento Brasil**. Trad. Lindsei Ferreira Lansky, 2015. Disponível: cenat. Acesso: maio. 2018.

BARROS, Octávia Cristina; SERPA JR, Octavio Domont de. Ouvir vozes: um estudo sobre a troca de experiências em ambiente virtual. **Interface**, v.18, n.50, p. 557-569, Set. 2014.

_____. Um estudo netnográfico de ambientes virtuais para ajuda mútua. **Physis - Revista de Saúde Coletiva** 2017, 27 (Outubre-Diciembre) : [Fecha de consulta: 22 de mayo de 2018] Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400854597002> ISSN 0103-7331.

BECHELLI, Luiz Paulo. **Antipsicóticos de ação prolongada no tratamento de manutenção da esquizofrenia: Parte I. Fundamentos do seu desenvolvimento, benefícios e nível de aceitação em diferentes países e culturas**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2003, vol.11, n.3, pp.341-349. ISSN 1518-8345. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000300012>.

FILHA, Maria de Oliveira Ferreira et al. Saúde Mental e Pobreza no Brasil: desafios atuais. Dezembro, 2003. <http://www.consciencia.net/2003/12/12/saudemental.html>. Acesso em 06/06/2018.

FOUCAULT, Michel. O Poder Psiquiátrico. In: **Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1997.

FREUD, Sigmund. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia”. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Edição Standard Brasileira, vol. XII, Rio de Janeiro, Imago, 1911/1989.

JAYNES, Julian. **The origin of consciousness in the breakdown of the bicameral**. Boston: Houghton Mifflin, 1976.

KANTORSKI, Luciane Prado, ANDRADE, Ana Paula Muller, CARDANO, Mario. Estratégias, expertise e experiências de ouvir vozes: entrevista com Cristina Contini. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação (Outubro-Diciembre)** : [Fecha de consulta: 22 de mayo de 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180153125029>> ISSN 1414-3283

MACHADO, Letícia Vier; FERREIRA, Rodrigo Ramires. A indústria farmacêutica e psicanálise diante da “epidemia de depressão”: Respostas possíveis. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 1, p. 135-144, jan./mar. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-7372219160013>.

MUÑOZ, Nuria Malajovich; SERPA JR, Octavio Domont de; LEAL, Erotildes Maria; DAHL, Catarina Magalhães; OLIVEIRA, Iraneide Castro de. **Pesquisa clínica em saúde mental: o ponto de vista dos usuários sobre a experiência de ouvir vozes**. *Estud. psicol. Natal*, v.16, n.1, p. 83-89, Abr. 2011.

MUÑOZ, Nuria. Na polifonia de uma orquestra: uma pesquisa clínica com grupos sobre a experiência alucinatória. In: **Anais do Colóquio Internacional sobre o Método Clínico**. São Paulo: Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental; 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Saúde mental depende de bem-estar físico e social. Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/> . Acesso em 05/06/2018.

ROMME, Marius et al. **Living with Voices: 50 Stories of Recovery**. Birmingham: PCCS Books. 2009.

ROMME, M.; ESCHER, S. Hearing voices. **Schizophrenia Bulletin**, v. 15, n. 2, p. 209-216, 1997.

SADE, Christian; BARROS, Leticia Maria Renault de; MELO, Jorge José Maciel and PASSOS, Eduardo. **O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como entrevista coletiva**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.10, pp.2813-2824. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000006>.

SMITH, Daniel B. Você pode viver com as vozes em sua cabeça? **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, ano X, n. 2, jun/2007,p. 295-306. Tradução de Monica Seincman. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v10n2/1415-4714-rlpf-10-2-0295.pdf>. Acesso em: mar. 2018.

TENÓRIO, Fernando. A Clínica da reforma psiquiátrica. In: **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Marca d'água Livraria e Editora Ltda. 2001.

THE INTERNATIONAL COMMUNITY FOR HEARING VOICES - INTERVOICE BRASIL. **Manual como montar um grupo de ouvidores de vozes**. São paulo. 2017.

VALENTE, Pablo. **Sobre CENAT: Missão, Visão e Valores**. Disponível em: <http://blog.cenatcursos.com.br/sobre/>. Acesso em 04/06/2018.

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

DOCUMENTÁRIO:

OUVIDORES de Vozes. Direção Bruno Tarpani. São Paulo: Canal Futura e a L4 Filmes, 2017. (52 min.) son.,color. Youtube. Disponível em: <http://www.futuraplay.org/video/ouvadores-de-vozes/366879/>. Acesso em maio 2018.