

Passo Fundo, v. 1, n. 1, p. 1-21, Janeiro-Junho, 2021 - ISSN 2675-6919

# Ouvir vozes: a pesquisa intervenção num centro de atenção psicossocial – produção de pequenos-grandes cuidados

*Marcia Barcarolo<sup>1</sup>, Clenir Maria Moretto<sup>2</sup>*

1 Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF), Passo Fundo, RS, Brasil.

E-mail: marcia.barcarolo@hcpf.com.br | ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9371-3047>

2 Universidade de Passo Fundo (UPF), Passo Fundo, RS, Brasil.

E-mail: clenir@upf.br | ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2200-4734>

## Resumo

**Objetivo:** o presente estudo buscou compreender as percepções e implicações do ouvir vozes no cotidiano de sujeitos diagnosticados com esquizofrenia no Centro de Atenção Psicossocial, na visão de familiares e equipe. **Método:** usou-se de pesquisa intervenção como forma de trazer os elementos do processo de aprendizagem da equipe, familiares e usuários. **Resultados e Discussões:** buscou discorrer sobre o ressignificar do “ouvir vozes”, na perspectiva de pensar tal fenômeno para além da patologização dos sujeitos. **Considerações finais:** o estudo aponta o percurso e as aprendizagens acerca da construção de novas formas de cuidado para com os usuários ouvintes de vozes que não somente a da psiquiatria tradicional.

**Descritores:** Saúde Mental; Serviço Social; Esquizofrenia

---

**Como citar este artigo /**

**How to cite item:**

[clique aqui / click here](#)

## Hear voices: research intervention in a psychosocial care center - production of small care

### Abstract

**Objective:** the present study sought to understand the perceptions and implications of hearing voices in the daily lives of subjects diagnosed with schizophrenia at Psychosocial Care Center I, in the view of family members and staff. **Method:** intervention research was used as a way to bring the elements of the learning process of the team, family and users. **Results and Discussions:** it sought to discuss the resignification of "hearing voices", in the perspective of thinking about this phenomenon beyond the pathologization of the subjects. **Final considerations:** the study points out the path and the learning about the construction of new forms of care for users who hear voices other than that of traditional psychiatry.

**Descriptors:** Mental Health; Social Work; Schizophrenia

## Escuchar voces: investigación en un centro de atención psicosocial - producción de pequeñas-grandes atenciones

### Resumen

**Objetivo:** el presente estudio buscó comprender las percepciones e implicaciones de escuchar voces en la vida diaria de los sujetos diagnosticados con esquizofrenia en Centro de Atención Psicosocial I, en opinión de los miembros de la familia y el personal. **Método:** la investigación de intervención se utilizó como una forma de incorporar los elementos del proceso de aprendizaje del equipo, la familia y los usuarios. **Resultados y Discusiones:** se buscó discutir la resignificación de "escuchar voces", en la perspectiva de pensar sobre este fenómeno más allá de la patologización de los sujetos. **Consideraciones finales:** el estudio señala el camino y el aprendizaje sobre la construcción de nuevas formas de atención para los usuarios que escuchan voces distintas a la de la psiquiatría tradicional.

**Descriptores:** Salud Mental; Servicio Social; Esquizofrenia

## Introdução

Este artigo resulta de uma pesquisa-intervenção, sustentada na experiência vivenciada durante o estágio obrigatório em Serviço Social, realizado no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Busca discorrer sobre os caminhos possíveis na compreensão e na intervenção acerca dos sujeitos ouvidores de vozes desse serviço, refletindo sobre modos de cuidar e tratar dos mesmos.

Os CAPS<sup>1</sup> representam mais do que um modelo que vem substituir as internações em leitos psiquiátricos. Podem ser espaços que possibilitem a diminuição destas internações bem como atenção diária promovendo a inserção social e interpessoal de pessoas com transtornos psíquicos por meio de ações interdisciplinares e multiprofissionais, garantidores de atenção à saúde mental na rede básica e junto aos territórios.

Dentre os sofrimentos observados desde o início do estágio curricular, deu-se especial atenção aos sujeitos diagnosticados com esquizofrenia, também vistos como “ouvidores de vozes”. Estes sujeitos têm, como parte dos sintomas, alucinações<sup>2</sup> auditivas verbais e visuais.

A aproximação teórica do movimento “Ouvidores de Vozes”, evidencia que, no universo da pesquisa científica, há uma tendência em desconsiderar ou minimizar os relatos pessoais sobre o adoecimento psicótico e como estas vozes afetam a vida das pessoas, tornando penosos seus cotidianos. Diante disso torna-se instigante investigar novas possibilidades de abordar e cuidar de pessoas “ouvidores de vozes”.

Como forma de cuidado existem grupos de “Ouvidores de Vozes” que oferecem a pessoas com esse tipo particular de vivência, a oportunidade de compartilhá-las em um coletivo. Entende que o

- 
- 1 O CAPS I implantado no ano de 2005, busca oferecer um atendimento que atenta ao que prevê a lei 10.206 de 2001. Esta, discorre sobre a proteção e a busca pelos direitos das pessoas em sofrimento psíquico, assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ou gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outro.
  - 2 O estudo pioneiro de Sidgewick em 1843 – que indicou que 8% dos homens e 12% das mulheres, de uma amostra de dezessete mil pessoas, já tinham experiência alguma vivência alucinatória – até o estudo de Tien, (1991) – que encontrou uma prevalência de fenômenos alucinatórios em 10-15% (2,3% ouviam vozes), numa amostra de 18.572 pessoas.

problema principal não está no fato em si de ouvir vozes, mas sim na dificuldade de estabelecer algum tipo de vivência com elas.

A utilização de grupos de “Ouidores de Vozes”, pode constituir um recurso eficiente para produzir formas de lidar com o sofrimento dos sujeitos com esse tipo de alucinação em serviços de saúde da rede pública de assistência, em específico no CAPS I Marau. Essa análise levaria a perspectiva de levantar fragilidades por parte da equipe técnica em trabalhar com este fenômeno, com vistas a produzir outras alternativas específicas de tratamento para os ouvidores de vozes.

Isso fez aflorar a sensibilização quanto a outras possibilidades de tratamento e de uso de linguagem mais adequada com os ouvidores de vozes, em consonância com a Lei que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”.<sup>1:1</sup>

Os três semestres de estágio supervisionado, proporcionaram tempo hábil para leitura de realidade e, a partir da teoria dos grupos de ouvidores de vozes, possibilitaram oferecer uma abordagem alternativa, dando significado às vozes originadas dentro do contexto de vida de cada pessoa. Favoreceram, ainda, a busca por caminhos positivos de comunicação com estas vozes e não simplesmente a erradicação e supressão como a psiquiatria tradicional enfatiza.

O processo de intervenção foi pautado na ideia de construir com os profissionais um caminho de sensibilização diante da realidade vivida pelos ouvidores apresentando uma nova forma de abordagem sugerindo outros meios, a fim de melhorar ainda mais a qualidade do atendimento no CAPS I. O objetivo central foi “desenvolver junto aos usuários “ouvidores de vozes” e trabalhadores do CAPS I, estratégias de cuidado e autocuidado no processo do fortalecimento do cuidado integral”. Como objetivos específicos, buscou-se: a) construir espaços de formação para a equipe técnica, a fim de sensibiliza-los sobre o uso da comunicação e o manejo mais adequado com “ouvidores de vozes”; b) construção, em conjunto com os profissionais, de uma cartilha formativa e informativa possibilitando futuramente a implementação pela equipe técnica do CAPS I, um grupo de “ouvidores de vozes”, c) realizar atividades artísticas com pessoas em situação de transtorno psíquico “ouvidores de vozes”, a fim de possibilitar o manejo e uma relação mais adequada com as vozes que ouvem; d) construir uma

narrativa sobre o processo na forma de pesquisa-intervenção, no sentido de oferecer elementos para trabalhadores em saúde mental repensarem seus processos de trabalho com ouvidores de vozes.

Tanto o objetivo central quanto os objetivos específicos procuraram responder ao seguinte questionamento: **Quais as percepções e implicações do ouvir vozes no cotidiano de sujeitos diagnosticados com esquizofrenia no CAPS I de Marau, na visão de familiares e equipe?**

Um ambiente que favorece o cuidado é então, estar atento as necessidades expressas e vivenciadas pelos usuários do serviço, e pelos trabalhadores, cabendo um conjunto de práticas, habilidades, saberes, um somatório de decisões e de articulações em um determinado ambiente.

Este estudo consiste na narrativa de processo de intervenção que se propôs a construir novos modos de cuidar. O trabalho está estruturado em três principais momentos. Inicialmente busca-se, a partir dos relatos dos usuários, compreender o fenômeno da escuta de vozes. Em seguida, na visão da família, busca-se compreender as implicações do ouvir vozes para o contexto e por fim, busca-se trazer as narrativas de como a equipe técnica significou, por meio de um processo interventivo, a escuta de vozes dos usuários, se propondo a pensar outros modos de cuidar e acolher.

## Métodos

Considerando ser esta, uma pesquisa intervenção, é necessário compreender que “quanto mais amplo o campo de análise, mais possibilidades existem de entendimento do campo de intervenção”.<sup>3:139-140</sup> Pode-se destacar três principais sujeitos que foram prioritários na compreensão de percepções sobre o tema - ouvidores de vozes: sujeitos ouvidores de vozes, familiares de ouvidores de vozes e trabalhadores do CAPS. Utilizou-se a amostra intencional a partir da observação participante de três grupos Operativos de Saúde Mental nos quais houve intervenção.

Com vistas a isso, utilizou-se com os ouvidores de vozes a observação participante das dinâmicas do grupo, identificando e registrando em diário de campo, os aspectos verbais e não verbais dos ouvidores de vozes dos grupos Operativos de Saúde Mental durante o

ano de 2019, no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, da rede pública de saúde do município no estado do Rio Grande do Sul, durante a intervenção no processo de estágio e a descrição em diário de campo.

As rodas de conversa constituíram-se em principal instrumento usado com os profissionais, pois as mesmas permitem a socialização das informações gerando novas concepções, bem como problematizar e analisar ideias, envolvendo pessoas com objetivos comuns e imbuídos de trabalho em equipe. Foi utilizado o universo dos sete profissionais partindo da experiência do grupo focal realizado também durante o processo de estágio, registrado no diário de campo e mapa conceitual. Arelado a isto, fora feita a construção em conjunto do material formativo e informativo em forma de cartilha para que fosse usada como um dos subsídios num futuro grupo de “ouvidores de vozes”.

A coleta de dados junto aos familiares deu-se de forma complementar, fase que se denominou de pesquisa de campo. Utilizou-se a entrevista semiestruturada com perguntas abertas e fechadas a partir de uma amostra intencional, selecionando aquelas em que os pacientes já frequentam o CAPS I há mais de 10 anos, sendo elas duas famílias<sup>3</sup>. Atenta-se que aquelas parecem mais sensibilizadas para refletir e falar sobre o assunto. Ainda, para preservar a identidade dos sujeitos, não foram utilizados nomes, mas códigos, sendo: Entrevistado 1, Entrevistada 2 e Entrevistado 3 (doravante E1, E2 e E3).

Da mesma forma, com o objetivo de sensibilização dos usuários em relações as suas vozes e para que consigam lidar melhor com a existência delas, as propostas metodológicas do processo de pesquisa-intervenção foram realizadas oficinas artísticas que possibilitassem as expressões com mais liberdade das alucinações procurando colaborar para que consigam de uma forma mais saudável conviver com as vozes. Afinal, “a criatividade é o catalisador por excelência das aproximações de opostos. Por seu intermédio, sensações, emoções, pensamentos, são levados a reconhecerem-se entre si, a associarem-se, e mesmo tumultos internos adquirem forma”.<sup>4:11</sup>

Estes instrumentais foram considerados importantes, pois através da utilização deles, foi possível desenvolver as três etapas da intervenção. “Os dados coletados a partir de diferentes técnicas indicam maneiras de narrar – seja dos participantes ou sujeitos da

---

3 Foram selecionadas duas famílias, porém compareceu na entrevista somente uma família.

pesquisa, seja do pesquisador ele mesmo – que apresentam os dados, sua análise e suas conclusões segundo certa posição narrativa”.<sup>5:150</sup>

Indispensáveis e um diferencial para a autonomia dos usuários, são as alternativas sugeridas em como gerirem as alucinações bem como formação e sensibilização da equipe técnica, tudo isso, visando o cuidado tanto com os trabalhadores como com os usuários.

A pesquisa buscou traçar um caminho de compreensão, no sentido de melhor conhecer as percepções e implicações do “ouvir vozes” no cotidiano de sujeitos diagnosticados com esquizofrenia no CAPS I. “Toda produção de conhecimento, precisamos dizer de saída, se dá a partir de uma tomada de posição que nos implica politicamente”.<sup>5:150</sup>

Os dados aqui apresentados consistem em pesquisa intervenção que produz acontecimentos e ao produzi-los, possibilita transcrevê-los em palavras. A principal fonte de dados para a pesquisa foi o próprio percurso do projeto de intervenção, os diários de estágio, o relatório final e as entrevistas realizadas com os familiares, posteriormente ao processo de finalização do estágio.

A pesquisa intervenção quanto a análise dos dados pode ser entendida como o mapeamento dos saberes que emergiram com maior intensidade no processo de intervenção. A partir disso, são trazidos os elementos que caracterizam com maior expressividade as percepções da discussão sobre os ouvintes, os aprendizados em relação as vozes e a formulação de novas estratégias de cuidado.

## Resultados e discussões

### “Ouvir vozes: entre o negar e o escutar”

A expectativa em relação ao lugar onde faria meu estágio era enorme. Finalmente, fui selecionada no CAPS I. Embora não tivesse identificação com o ambiente, fui recebida para uma parte importantíssima do meu processo de formação. O acolhimento da equipe técnica e funcionários me fizeram parte do meio, tornando-me ambientada.

Os primeiros contatos com os usuários do CAPS I nos grupos foram de estranhamento, com um turbilhão de informações, perguntas, falas, silêncios, rostos, expressões, falta delas, escutas,

trocas, ansiedades, músicas, danças, chimarrão, trabalhos manuais, risos sem motivos ou realmente motivados, frases e falas repetidas, singularidades, particularidades, peculiaridades *“você não vai me proibir, você não vai segurar o meu cocô”*.(E3)

E então, surgiram os questionamentos: que lugar ocupo aqui? Como posso lidar com tudo isso? Que papel tem o Assistente Social neste espaço? Aos poucos fui querendo responder estes questionamentos, entender como fazer parte daquele universo tão particular, e as respostas foram aparecendo em formatos subjetivos com mais questionamentos vindos muitas vezes dos próprios usuários: *“vocês que me protegem?”*.(E1).

Inicia-se, então a busca pelo saber teórico, por fontes que me dessem a compreensão do que eram aqueles movimentos e de alguma forma pudessem responder aos meus questionamentos. Estava em meio à pacientes diagnosticados com esquizofrenia, com sintomas característicos que incluem alucinações, perturbações em atenção, compreensão e fluxo de pensamento, esvaziamento afetivo e sintomas catatônicos.<sup>6</sup>

Nos seus aspectos mais característicos estão as alucinações e delírios frequentemente observados em algum momento durante o curso da doença. As alucinações visuais ocorrem em 15%, as auditivas em 50% e as táteis em 5% de todos os sujeitos, e os delírios em mais de 90% deles.<sup>7</sup>

Quando comecei a entender este fenômeno, com atenção redobrada nos usuários, escuto frases como: *“As vozes mandam fazer coisas menos interessantes, coisas ruins e é uma luta isso”*.(E3) *“As motos fazem muito barulho no meu quarto a noite toda e não me deixam dormir”*. (E1).

Diante de falas como estas fui percebendo que o sofrimento de uma pessoa com este tipo de diagnóstico é grande e que vivem tensões constantes. Uma experiência perturbadora. Porém ainda não conseguia identificar com clareza a relação que tinham aquelas alucinações com a esquizofrenia já diagnosticada, foi então que encontrei o conceito de *“Ouidores de Vozes”*.

Este fenômeno é conhecido como sinônimo de doença e loucura, associado à esquizofrenia e por isso, acreditava-se que não haveria um tratamento que pudesse ser eficaz, capaz de proporcionar um dia a dia *“normal”* por se tratar de uma experiência subversiva que se

mantem por um longo período, ainda que sejam empenhados esforços terapêuticos.<sup>8</sup>

Para a psiquiatria tradicional este fenômeno é entendido apenas como uma patologia, dificultando que a pessoa desenvolva estratégias eficazes para lidar com tal experiência, focando apenas na remoção dos sintomas pelo uso de medicações antipsicóticas, tratando como um tabu, como algo que não merece ter diálogo, nem compreensão nos seus variados aspectos emocionais e sociais.<sup>9</sup> Porém em contrapartida a estes conceitos encontro na literatura do “Movimento de ouvidores de Vozes”, consistindo em outra maneira de entendimento diante deste fenômeno e outras possibilidades de tratamento para pessoas ouvidores de vozes.

Na Holanda e no Reino Unido foi realizada uma pesquisa que aponta as vozes como variações humanas comparadas, por exemplo, a um canhoto, e que estas, não estão abertas a cura apenas passíveis de enfrentamento.<sup>10</sup> Por isso, é necessário a aceitação de que as vozes existem e que nosso papel não é querer mudar tais escutas, nem reduzir o sujeito a alguém que alucina. Cabe ao serviço problematizar diagnósticos dogmáticos, e entender como o escutar vozes pode ser pensado no domínio da experiência, na singularidade de cada sujeito.

Surge assim, o entendimento de que é necessário então trazer para o serviço o conceito de cuidado e outras formas possíveis de tratamento que não só a medicalização. Através do Movimento dos Ouvidores de Vozes descobro que uma forma salutar de cuidar do ouvidor é lhe proporcionar um espaço seguro no qual ele possa expressar as suas alucinações sem medo, sem julgamentos, sem estigmas da experiência que vivem. Poder ouvir do usuário *“Tenho medo de dormir no meu quarto, eles estão lá, não me deixam dormir. Me chamam de vagabunda, dizem que eu não presto para nada”*(E3) e como forma de cuidar promover explicações mais positivas possibilitando que a pessoa mesma descubra maneiras, formas de enfrentamento que vão ajudar a lidar com mais eficácia com as vozes que ouvem.

Com esta descoberta durante a intervenção junto a um sujeito usuário, em que a voz está permanentemente mandando que ele faça coisas do tipo sair de casa independente do tempo ou horário ir até a praça tomar um sorvete, sem que ele deseje fazer o que a voz manda, sugiro ao ouvinte que ele converse com a voz e dê uma ordem a ela dizendo, que não vai fazer e que não deseja o sorvete, ele me diz:

*“Não farei, pois já me chamam de louco se eu ficar falando com a voz o que vão dizer”*(E2), mais uma vez esbarra-se no estigma e na visão preconceituosa em relação ao “ouvir vozes”.

Há que se pensar nos impactos que a audição de vozes causa e como pode afetar diferentes sujeitos e em graus também diferentes, isso leva ao reconhecimento de variadas formas de estratégias para enfrentar as vozes, sendo por vezes eficaz para uns e ineficaz para outros. Posto que é importante que os ouvidores de vozes conheçam mais sobre suas próprias estratégias e expandam seu repertório ao longo do tempo.<sup>8</sup>

Ainda, refere-se que uns utilizam como estratégia o silêncio, outros como ferramenta no combate do sofrimento causado pelas vozes, ignoram-nas, mas que ignorar não é eficaz, em contrapartida estabelecer diálogo com as vozes ajuda a superar o medo e possibilita conhecê-las e controlá-las. Outra forma é escrever o que vozes falam podendo ser feito diariamente.<sup>8</sup>

Esta opção de escrever encontra-se em alguns dos ouvintes do CAPS I, que além da escrita também utilizam o desenho. E3, por exemplo, desenha flores coloridas e em torno das flores escreve o que as vozes falam, coloca as intenções de que elas cessem e entrega a alguém que ela considera importante e que na visão dela pode ajudá-la a superar aquele sofrimento.

Ficar por horas deitado na cama, sair caminhar, assistir televisão, ficar isolado, calado, pedir para que as vozes findem, ouvir música e muito recorrente, rezar: *“Você reza pra mim, reza pra que eu fique boa? Eu sempre rezo”* (E3), todas estas aparecem como estratégias que ajudam estes ouvidores a estabelecer relações menos estressantes e conturbadoras com as vozes, e alcançarem a aceitação mínima desta condição para aumentar a qualidade de vida.

Diante da dificuldade que é de o usuário ouvitor de vozes encontrar a estratégia que melhor responde a sua audição, o Movimento de Ouvidores de Vozes traz os Grupos de Ouvidores de Vozes. Este tem como objetivo mostrar para o sujeito ouvinte que é possível estabelecer relações, entender que as vozes são parte da vida cotidiana, aprendendo a lidar com elas, proporcionar empoderamento e aceitação, também a dimensão do coletivo, que existiram e existem outras pessoas que passaram e passam pela mesma situação,

além de poder oferecer um lugar seguro para falar sobre as vozes e principalmente um espaço de cuidado.

Um ambiente que favorece o cuidado é atento as necessidades expressas e vivenciadas pelos usuários ouvidores, cabendo um conjunto de práticas, habilidades, saberes, um somatório de decisões e de articulações neste ambiente.

Tudo isso, visando aos ouvintes de vozes a possibilidade de equilibrar as emoções no momento em que se reconhecem, expressam em grupo seus sentimentos e empasses, desmistificando a situação que estão vivendo e a medicalização que por vezes impedem seus sentidos. Podem assim, proporcionando um melhor direcionamento nas suas vidas, por meio de uma maior autonomia e compreensão da sua realidade, podendo enfrentar com maior clareza o auto estigma e os preconceitos sociais que os rotulam como “loucos” tornando pesadas as relações e estratégias com as vozes.

Entende-se que encontrar as estratégias mais assertivas para cada ouvinte é uma forma de cuidado e é importante na medida em que permite estabelecer uma relação direta com as vozes contrapondo a psiquiatria tradicional que traz como única alternativa a medicalização. Arelado ao uso da medicação é importante e necessário que os ouvintes tenham contato com os grupos de ouvidores para compartilhar as experiências e as estratégias que utilizam e estas possam agregar na convivência com as vozes.

## **Trocando saberes com os familiares sobre as vozes**

No que se refere a família, sabe-se que a partir da Reforma Psiquiátrica, com a desinstitucionalização, ela passa a ser incluída no processo de cuidado com os sujeitos, estes podem agora contar com um tratamento mais perto dos seus familiares e da comunidade em que estão inseridos. Porém, na maioria das vezes o familiar não está preparado nem amparado para receber um de seus membros em sofrimento psíquico. Entra então o papel do profissional da saúde, que elabora o Plano Terapêutico Singular - PTS, do usuário e neste precisa incluir os familiares, ou seja, a rede de apoio do sujeito em sofrimento para garantir o cuidado integral.

Tratando de familiares de ouvidores de vozes durante o estágio houve pouco contato com estes, porém, foi possível conversar

através de entrevista com o pai (doravante PE3) e a madrasta da E3 (doravante ME3) que compartilharam um pouco sobre a convivência e as estratégias que foram aprendendo a usar com ela através dos serviços, tais como o CAPS.

*No começo era todos os dias o CAPS, depois que passou a frequentar lidamos melhor com ela, ajuda porque a gente das vez tem lugar até pra pedir pra ela reclamar, das vez elata braba alguma coisa, o que te ensinaram no CAPS? Disseram isso e isso e porque tu não ta fazendo? Dai ela fica mais quieta. (PE3)*

A falta de cuidado com a família pode gerar reinternações, pois, a família pode se desestruturar, porém quando o serviço é parceiro da família, ela contribui diretamente com a reabilitação psicossocial do usuário. Essa partilha é muito importante.<sup>10</sup> Se a família e amigos aceitar as vozes pode tornar a vida do ouvinte mais fácil, melhorando o senso de confiança em situações sociais.

Quando se tem um membro da família “ouvidor de vozes” é assustador, pode se tornar devastador, levar ao isolamento, contudo quando os familiares aceitam a existência deste fenômeno e apoiam facilita o processo de aceitação do próprio usuário. O receio dos familiares pode dificultar o processo de reconhecimento e aceitação das vozes.<sup>11</sup>

É preciso então que a família se reconstrua e aprenda a se relacionar com o transtorno mental e também com a linguagem dos técnicos construindo estratégias, como quando E3 diz não estar se sentindo bem. “Vai lá drento, que nois tava na garagem, vai lá drento e se deita no sofá” (ME3); “Fomo lá no vizinho buscar jabuticaba, ela comeu duas três e já tava boa”. (PE3).

Na entrevista realizada, quando perguntado para a ME3 o que faziam no momento em que as vozes apareciam relatou o seguinte: *Quando E3 manifesta ouvir vozes, quais estratégias vocês procuram usar com ela, para lidar com isso?*

*Eu não digo nada, quando ela diz: Madrasta me chamaram de cadela, eu digo E3 não tem ninguém aqui te chamando de cadela, tu sabe que tu ouve vozes*

*ma não tem nada, é tu que na tua cabeça tu ouviu,  
mas não tem, ninguém te chamou de cadela, não tem  
ninguém aqui – eu não sei nem como, mas daí ela para.*  
(ME3)

Percebi atravessada nesta fala, a visão da equipe que atribui as vozes unicamente a doença e procura uma forma de eliminá-la.

Porém, a concepção do movimento dos ouvidores de vozes entende que:

A maioria das pessoas que vivem bem com suas vozes tem familiares que oferecem suporte e aceitam a experiência. Por isso, sugere um plano de ação sobre como se relacionar como um membro/ amigo da família que ouve vozes. Este plano consiste em controlar a ansiedade para o seu familiar/amigo, aceitar a experiência de voz de seu familiar/amigo, oferecer um ouvido amigo, dar às pessoas que ouvem vozes espaço e tempo sozinhas quando elas precisarem, tranquilizar seu membro da família/ amigo, não negar a experiência, e, sim, incentivar a pessoa a falar, encorajar atividades e contato social, descobrir o máximo de informação possível sobre audição de vozes, ajudar o ouvidor de voz a recuperar um sentido de comando de sua vida, incentivar a participação em grupo de ouvidores de vozes, procurar ajuda profissional para definir limites no comportamento difícil, entre outras.<sup>11:82</sup>

Durante a maior parte da entrevista o PE3 e ME3 relatam vozes negativas, vozes que chamam E3 de cadela, cachorros acoando, alguém que a chama de vagabunda. O familiar não tem conhecimento de quantas vozes são, uma ou mais, se é homem ou mulher. Tem alucinações visuais também, um homem de bigode preto. Isso a deixa bem agitada e usa como estratégia de fuga a cama. Relatam também que a crise só vem quando duvidam, isso a deixa bem nervosa, preferem ficar em silêncio e deixar passar.

Ressaltam a importância do grupo que ela frequenta no CAPS, o contato com outras pessoas, a partilha com os amigos na visão dos familiares a deixa mais relaxada e calma. O contato com os

outros ouvintes pode conduzir à descoberta surpreendente de que existem vozes positivas, e a constatação de que estas possam surgir, ou ser detectado, como um resultado de uma aceitação adequada do próprio lado negativo do ouvinte.<sup>10</sup>

## **As vozes na equipe – há vozes na equipe**

Concomitante a interação com os usuários durante o processo de estágio, tive a oportunidade de me aproximar, acompanhar e interagir com os diversos profissionais (doravante PE1, PE2, PE3, PE4, PE5, PE6) que compõe a equipe multidisciplinar do CAPS I. A Assistente Social, por exemplo, procura cumprir com as ações específicas da demanda de sua profissão e do Código de Ética.

É proporcionada atenção diária acolhendo os usuários em suas necessidades e possivelmente consolidando a mudança de um modelo hospitalocentrico, para uma outra perspectiva de tratamento, viabilizando a reabilitação e inserção social do sujeito resgatando o exercício da cidadania, através do cuidado e vínculo no território.

Pode-se perceber algumas dificuldades e condicionalidades que arrevesam a respostas mais satisfatórias para as demandas dos usuários “ouvintes de vozes”. Notava-se fragilidades quanto a integralidade nas formas de cuidado com pessoas em transtorno psíquico, sendo mais específica com “ouvintes de vozes’ como por exemplo: um estudo mais aprofundado sobre as percepções e implicações no cotidiano de ser um ouvinte, isto qualificaria e humanizaria o processo de cuidado.

O processo de pesquisa-intervenção veio ao encontro com o que diz determinadas políticas, que para se produzir mudança nas práticas ou para modificar práticas institucionalizadas nos serviços de saúde, é necessário privilegiar o conhecimento prático em suas ações educativas e favorecer a reflexão compartilhada e sistemática.<sup>12</sup>

Iniciou-se as rodas de conversa com a equipe técnica totalizando cinco encontros, estes tinham como objetivo discutir estas questões acerca dos ouvintes de vozes, aprofundando e repartindo o saber de cada um dentro de sua área de conhecimento específico, buscando conhecer e entender quais outras possíveis formas de cuidar dos técnicos para como os usuários do serviço.

Nas discussões provocadas pelas rodas de conversa é latente os tensionamentos vivenciados pelos técnicos, a tensão entre o Universal e o particular que resultaria no sujeito singular, região de contato do externo com o interno em que se conformam e são expressas sínteses entre o Sujeito e o seu contexto.<sup>13</sup>

Era perceptível o quanto os técnicos se usam da psiquiatria tradicional para cuidar, frequentemente ignorando as experiências e focando na remoção dos sintomas por medo, desencorajando a interação entre técnico e paciente sobre o assunto com uma crença equivocada de que, falar pode estimular delírios e emoções que ficarão fora de controle. Isto diz, de uma visão de instituído que este tem uma tendência a permanecer estático e imutável, tornando-se resistente e conservador.<sup>3</sup>

Na equipe foi possível identificar estas questões num dos primeiros encontros onde observei algumas estratégias utilizadas com os ouvidores de vozes:

*Como equipe técnica reconhecemos que as estratégias de enfrentamento que estamos utilizando até agora é basicamente ignorar a voz, atrelar sempre a voz a doença, desacreditar da voz dizendo que é coisa da cabeça e é para esquecer, dizer que não existe e quando a alucinação é visual que é imaginação. (PE1)*

Durante a observação no processo de intervenção dos profissionais com os ouvidores, percebi que, na maioria das vezes, relacionavam as vozes com a esquizofrenia e, portanto, a orientação era que os ouvidores não dessem atenção, pois fazia parte da doença deles. Quando questionados sobre o que orientavam nos momentos em que o ouvidor de voz relatava sobre suas audições falavam da importância de distrair o ouvinte para que ele não fale sobre, pois: *“há uma certa insegurança e tabu em tratar do assunto com medo que o deixar falar expressar desencadeia crises ainda maiores nos usuários e que outros que não ouvem vozes se sintam mal com tal situação”*. (PE2) Porém, isso se torna inútil na medida em que para o ouvidor a voz é tão real como qualquer outra coisa no mundo físico, é difícil aceitar que suas experiências são irrelevantes.

Também nos primeiros encontros a equipe técnica referia que *“um grande risco de naturalizar o que acontece com os usuários, falas, ações, reações, sintomas”*. (PE5) Sendo assim, entendi que é necessário por parte dos profissionais um alargamento da perspectiva clínica, é preciso que façam um caminho ampliando as teorias que geralmente são aceitas dentro de suas profissões.

Para que eles possam construir lugares acolhedores, subjetivantes, onde se combate a homogeneidade, o anonimato e a invisibilidade do usuário, lugar do cuidado e de construção coletiva de projetos de vida, enfim, de sujeitos sociais singulares.<sup>14</sup>

Contudo, ao longo das rodas de conversa, em cada momento oferecido tentando desconstruir estas prerrogativas, percebeu-se o quanto os técnicos ficavam mais sensíveis a realidade dos ouvidores e descobriam maneiras, mais assertivas, adequadas e de empatia no manejo e uso da comunicação com estes usuários. Pois, quando o sujeito procura o cuidado, é porque está sob algum tensionamento no seu equilíbrio singular constitutivo, independente da presença ou da ausência de classificação diagnóstica.<sup>13</sup>

Percepção de um dos técnicos:

*já é possível uma maior percepção em relação aos atendimentos feitos com os ouvidores podendo colocar-se no lugar deles, qualificando a escuta entendendo que para o ouvidor não é apenas a voz do técnico que está acompanhando, mas são muitas vozes que rondam a cabeça e estas geralmente são negativas.* (PE1)

Os técnicos traziam para as rodas de conversa estratégias que identificaram serem pertinentes e passaram a orientar os usuários ouvidores de vozes a utilizar:

*como fazer uma caminhada, ouvir música, cantar, dançar, fazer artesanato, fazer algum esporte, ter um espaço seguro de fala, de partilha com outros que passam pela mesma situação, escrever para quem não consegue falar, conversar com a voz dando comandos de ordem para ela, poder realizar nos grupos aos quais acompanham momentos de expressão das vozes.* (PE3)

Ainda, “a formação nos possibilitou um conhecimento mais amplo da saúde mental e de como as visões em relação a determinados assuntos podem ao longo do tempo ir mudando, sendo lapidadas”. (PE4). Isso a partir do aprofundamento do conhecimento das possibilidades de ir mais além do diagnóstico e do sintoma, poder ser capaz de reconstruir a história de vida dos usuários em sofrimento psíquico, voltando seu olhar para a qualidade do cuidado, que implica acolhida e atenção integral da saúde, para conseguir pensar em estratégias que venham a modificar a realidade do usuário. Tendo em vista que este cuidado não é exclusivo para com ouvidores de vozes, mas com os usuários da saúde mental num todo. Nas rodas de conversa foi possível reflexionar e discutir mais do que tópicos específicos relacionados aos ouvidores, o foco foi desconstruir modos de olhar para os sujeitos e repensar modos de cuidar dos sujeitos.

No decorrer da pesquisa encontrei depoimentos como: “discussões e pautas para além do tema ouvidores, mas também uma retomada do serviço em si, relações, condições, metodologias de trabalho, retomada de atividades que se perderam pelo caminho poder contar com o outro”. (PE3). Com isso é possível identificar pelo menos três resultados do processo interventivo, a cultura da educação permanente no cotidiano do serviço, outros modos da equipe se ver como protagonista de formas de cuidado, novas abordagens da escuta da voz e construção de alternativas num constante processo.

“Poder ser oferecido pelo serviço um espaço para que os ouvidores tenham a oportunidade de se expressar”. (PE6). Desejo por parte da equipe de um Grupo de Ouvidores de Vozes, que poderá proporcionar maior eficiência no tratamento dos usuários com esta condição, estes grupos apostam na capacidade de produzir uma melhor convivência com as vozes, a partir do compartilhamento de vivências, informações e estratégias de enfrentamento. Isso posto,

um ponto que se destaca dentro dessa abordagem diz respeito à possibilidade de discutir as vozes como uma experiência real na vida dos sujeitos, sem a preocupação de classificá-las como expressão de um processo de adoecimento, ou religioso, mas sim em um contexto mais amplo de narrativas pessoais e de

sentidos para aqueles que as experimentam. Assim, os grupos têm o potencial de conferir legitimação a tais experiências, por meio do compartilhamento destas em um coletivo. Ou seja, representam um lugar seguro para falar sobre as vozes; um local para descobertas de significados para alcançar o controle sobre a experiência; um espaço de construção de redes sociais de suporte; um ambiente para desenvolver-se enquanto agente transformador na vida de outro membro do grupo.<sup>15:1146</sup>

Tendo em vista esse processo, em conjunto com os técnicos iniciei a construção do material formativo e informativo em forma de cartilha para utilizá-la como um dos subsídios na proposta de num futuro grupo de “ouvidores de vozes”. Embora essa construção não tenha sido concluída ainda no momento do estágio, observei a implicação da equipe em construí-la, e em continuar buscando estratégias para melhor cuidar dos ouvidores, seus familiares.

## Considerações finais

Durante todo o percurso busquei compreender e desvendar as vozes que fazem parte da vida de muitos sujeitos, que na sua grande maioria são negativas e advindas de situações traumáticas da história de suas vidas. Era necessário que eu pudesse entender o ouvir vozes como parte do sujeito, como algo real, como possível de ser cuidado. Para isto, estar inserida no campo e em contato direto com cada pessoa dentro do seu território existencial, foi crucial. Tive o privilégio de vivenciar momentos importantes da caminhada de cada ouvidor, na busca de qualidade de vida, de um sentido ou compreensão para as alucinações que têm.

Como pesquisa intervenção, por vezes me colocava apenas como observadora, participante das atividades e em vários outros momentos com uma postura de participação observante, nesta dialética é possível entender que tudo está em movimento e se modifica. Eis aí o desafio de estar permanentemente em formação.

Faz-se necessário uma caminhada rumo ao rompimento da ideia fulcrada na psiquiatria tradicional por parte da equipe técnica que é quem vai habitar o limite, a tensão própria do trabalho

antimanicomial. Esse trabalho foca na substituição do muro do hospício pelo corpo do terapeuta.<sup>16</sup> É necessário buscar outros meios e outras formas de cuidar desses sujeitos, junto aos familiares, e principalmente descobrir as formas que advém dos próprios ouvidores de vozes. Aliás, só eles têm a autoridade máxima para discorrer sobre suas vivências, com a necessária propriedade.

Neste contexto, pode-se considerar que o Assistente Social tem um papel fundamental no processo de desconstrução, de busca por estratégias sensíveis, estando sempre atento ao sujeito em sofrimento, buscando compreender o contexto social e cultural no qual está inserido estando atento ao cuidado com este sujeito buscando o cuidado que funciona nestes casos abrindo e fechando o processo terapêutico. Ou seja, empenha-se “empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças”.<sup>17:23</sup>

Ao realizar a pesquisa intervenção foi possível alcançar alguns frutos concretos como possibilitar momentos de formação para os técnicos, plantar o desejo de um grupo de ouvidores de vozes no serviço com a construção da cartilha formativa e informativa para facilitar o processo, algumas micro revoluções nas relações dos ouvidores com os técnicos no sentido de intervenções mais assertivas com um ambiente em que o sujeito possa se sentir mais seguro para expressar-se. Isto tudo considera-se relevante para o cuidado com os ouvidores de vozes.

Como acadêmica foi edificante realizar o estudo, visto que ampliou a compreensão sobre o tema e como pessoa serviu para desenvolver a escuta qualificada e um olhar mais atento as diversas formas de cuidar e a possibilidade da troca de experiências podendo mergulhar neste universo tão particular de cada usuário.

## Referências

1. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, 9 abr. 2001.
2. Barros OC, Serpa Júnior OD. Ouvir Vozes: um estudo sobre a troca de experiências em ambiente virtual. Interface (Botucatu). 2014;18(50):557-69.
3. Baremlitt GF. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. 5ª ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari; 2002.
4. Silveira N. Imagens do inconsciente. Rio de Janeiro: Alhambra; 1981.
5. Passos E, Barros RB. Por uma política da narratividade. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2015. p. 150-71.
6. Silva, RCB. Esquizofrenia: uma revisão. Psicologia USP. 2006;17(4):263-85.
7. Pull C. Diagnóstico da esquizofrenia: uma revisão. In: Maj M, Sartorius N, organizadores. Esquizofrenia. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 13-70.
8. Kantorski LP, Souza TT, Farias TA, Santos LH, Couto MLO. Ouvidores de vozes: relações com as vozes e estratégias de enfrentamento. J nurs health. 2018;8(n.esp.):1-8.
9. Souza TT, Couto MLO, Kantorski LP. Uma nova visão acerca da experiência de ouvir vozes. J nurs health. 2018;8(n.esp.):1-14.
10. Baker P. The voice inside: A practical guide for and about people who hear voices. Lewis, Scotland: P&P Press; 2009.
11. Barros OC. Ouvir vozes: um estudo netnográfico de ambientes virtuais para ajuda mútua [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2016. 148 p.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
13. Cunha GT. A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. São Paulo: Hucitec; 2010.
14. Dimenstein M. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. Psicol, Ciênc Prof. 2004 dez;24(4):112-17.

15. Kantorski LP, Müller APA, Cardano M. Estratégias, expertise e experiências de ouvir vozes: entrevista com Cristina Contini. *Interface (Botucatu)*. 2017;21(63):1039-48.
16. Lancetti A. *Clinica Peripatética*. São Paulo: Hucitec; 2012.
17. Conselho Federal de Serviço Social – CFESS. Código de Ética do/a Assistente Social. Lei 8662/93 de regulamentação da profissão. 10ª ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social; 2012.