



WorldShare Books

CONSTRUCCIONISMO SOCIAL EN ACCIÓN
PRÁCTICAS INSPIRADORAS EN DIFERENTES CONTEXTOS



Emerson F. Raserá, Karin Taverniers y Oriana Vilches-Álvarez (Eds.)
Consejo Latino Americano del Taos Institute, TILAC

A Taos Institute Publication

**Construccionismo Social en acción:
Prácticas inspiradoras en diferentes
contextos**

Emerson F. Raserá, Karin Taverniers

y Oriana Vilches-Álvarez

Editores

Taos Institute Publications
Chagrin Falls, Ohio
USA

**Construccionismo Social en acción:
Prácticas inspiradoras en diferentes contextos**

Emerson F. Rasera, Karin Taverniers y
Oriana Vilches-Álvarez
Editores

Copyright © 2017 Taos Institute Publications /
WorldShare Books

© 2017, Emerson F. Rasera, Karin Taverniers and
Oriana Vilches-Álvarez

Portada: La obra “Presencias” del pintor mexicano,
Guillermo Garcia, fue cedida gentilmente por su autor.

All rights reserved.

All rights reserved. No portion of this publication may be reproduced or utilized in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopying, without permission in writing from the publisher. In all cases, the editors and writers have made efforts to ensure that the text credits are given to appropriate people and organizations. If any infringement has been made, the Taos Institute Publications will be glad, upon receiving notification, to make appropriate acknowledgement in future editions of the book. Inquiries should be addressed to Taos Institute Publications at info@taosinstitute.net or 1-440-338-6733.

Taos Institute Publications
A Division of the Taos Institute
Chagrin Falls, Ohio
USA

E-Book Format Only

ISBN: 978-1-938552-55-7

Construindo novos sentidos e posicionamentos em saúde mental: Grupo de ouvidores de vozes

Clarissa Mendonça Corradi-Webster, Marcus Vinícius Santos e Eduardo Augusto Leão

NESTE CAPÍTULO, APRESENTAREMOS UMA PRÁTICA que temos desenvolvido em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS – III), serviço comunitário de saúde mental, instalado em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. A prática descrita é conhecida como Grupo de Ouvidores de Vozes (GOV), proposta surgida na Europa a partir do Movimento de Ouvidores de Vozes, sendo ainda pouco explorada no contexto da América Latina. Esta busca oferecer novos posicionamentos à pessoa que vivencia a experiência de ouvir vozes, tradicionalmente posicionada pelo discurso psiquiátrico tradicional como “psicótica” ou “louca”. Esta prática vem ao encontro de diferentes pressupostos do discurso construcionista social, podendo inspirar colegas que trabalham na área e que buscam ampliar o modo de compreender e lidar com pessoas que vivenciam estas experiências.

Gergen (1999) aponta que o discurso construcionista social é ontologicamente mudo, ou seja, não se preocupa em se aproximar do fenômeno, mas em conhecer como as pessoas constroem significado sobre este. Assim, ao se adotar o discurso construcionista, não há uma compreensão já pronta sobre o que é o ouvir vozes. Um dos convites feitos pelo discurso construcionista social é para que os profissionais adotem uma postura crítica em

relação ao conhecimento tomado como óbvio (Corradi-Webster & Carvalho, 2011). Assim, a proposta do Grupo de Ouvidores de Vozes busca questionar a hegemonia do discurso psiquiátrico na construção de sentidos para a experiência de ouvir vozes, que a reduz a um sintoma psicopatológico, sintoma este central para a definição de alguns diagnósticos médicos, como o de esquizofrenia.

Esta crítica torna-se possível, uma vez que o discurso construcionista compreende que a linguagem não representa a realidade, mas a constrói. Ao se referir a uma experiência de determinada maneira, estamos construindo as possibilidades de compreendê-la (Rasera & Japur, 2005). Estas construções ocorrem dentro de um contexto histórico e social definido, no qual alguns discursos são mais hegemônicos e no qual as pessoas vão negociando os sentidos sobre tal experiência (Guanaes-Lorenzi, Moscheta, Corradi-Webster, & Souza, 2014). Para Gergen (1999), os termos pelos quais compreendemos o mundo são resultados de ações humanas coordenadas. Assim, a experiência de ouvir vozes não deve ser vista como um sintoma psiquiátrico por si, mas deve ser compreendida como um fenômeno que há anos tem sido tomado como objeto de estudo e intervenção da psiquiatria, que vem disponibilizando, no decorrer destes anos, diferentes técnicas para o seu controle.

O discurso médico psiquiátrico vem sendo amplamente disseminado e utilizado nos dias atuais, estando respaldado cada vez mais no discurso neurobiológico, que foca nas raízes naturais ou biológicas do comportamento humano. Estes discursos enfatizam o uso do diagnóstico para categorizar os transtornos mentais, o desenvolvimento de tratamentos farmacológicos para tratar estes transtornos e a importância do oferecimento rápido destes tratamentos (Gergen, 2014). Pesquisadores vêm recebendo importantes financiamentos para pesquisa, aliando-se muitas vezes à indústria farmacêutica, organizando congressos e produzindo vasta literatura médica científica, influenciando profissionais atuantes nos

serviços e também leigos, ao difundir estes discursos em programas de TV, dentre outros. Assim, diferentes processos sociais vêm sustentando este conhecimento e validando-o, muitas vezes, como sendo a única forma de compreender esta experiência. O Grupo de Ouvidores de Vozes busca, portanto, ser uma rede alternativa de construção de conhecimentos, oferecendo espaço para que surjam outros sentidos sobre esta questão.

Considerando-se que conhecimento e ação social caminham lado a lado, se compreendermos a experiência de ouvir vozes como um sintoma de um transtorno psiquiátrico, esta será sempre encarada como algo ruim, que deve ser eliminada através dos dispositivos da psiquiatria. Entretanto, se considerarmos que esta experiência revela medos e preocupações do indivíduo, será importante dar atenção às vozes, como forma de autoconhecimento. Langenhove e Harré (1999) apontam que os discursos disponibilizam posicionamentos diferentes para os sujeitos, orientando suas ações, pensamentos e sentimentos, ou seja, construindo as subjetividades.

Sendo assim, abrir espaço para conversar sobre a experiência de ouvir vozes sem colocar o discurso médico psiquiátrico como base desta conversa possibilita que haja novas construções de sentido sobre esta vivência, que as pessoas que as vivenciam sejam posicionadas de diferentes formas (não apenas como “pacientes psiquiátricos”) e com isto, fortaleçam-se novas formas de lidar com as vozes e com a sociedade. Parte-se do pressuposto de que a diferença entre os seres humanos não significa patologia (Gergen, 2014).

A seguir, apresentaremos o Grupo de Ouvidores de Vozes, descreveremos o contexto da saúde mental no Brasil e relataremos a experiência que temos construído em nosso contexto, com suas potencialidades e dificuldades.

A prática: Grupo de Ouvidores de Vozes

O Grupo de Ouvidores de Vozes é uma prática proposta pelo Movimento de Ouvidores de Vozes (Hearing Voices Movement) que teve início nos anos 1980, com propostas realizadas pelo psiquiatra social holandês Marius Romme, pela pesquisadora Sandra Escher e pela ouvidora de vozes Patsy Hage. O Movimento baseou-se no pressuposto de que pessoas diferentes têm construções diferentes a respeito da natureza e da causa de suas experiências. Também considerou que as pessoas que ouvem vozes ou que convivem com ouvidores (por exemplo, os familiares) são *experts* no tema, ou seja, são *experts* pela experiência. Assim, propôs que os *experts* pela experiência, em conjunto com os *experts* pela profissão (médicos, psicólogos, pesquisadores, enfermeiros, ativistas, dentre outros), devem trabalhar em parceria para questionar e propor alternativas para a compreensão hegemônica psiquiátrica dada à experiência de ouvir vozes, além de desenvolver formas de enfrentamento e reestabelecimento, promover os direitos humanos dos ouvidores de vozes e garantir que estes sejam posicionados como *experts* da experiência vivida (Corstens, Longden, McCarthy-Jones, Waddingham, & Thomas, 2014). Para que estes objetivos fossem alcançados, foram propostos os Grupos de Ouvidores de Vozes, grupos de suporte aos ouvidores de vozes, formados por pessoas que ouvem vozes, familiares e profissionais. Este foi criado para ser um espaço seguro para compartilharem experiências, construir novos sentidos sobre elas e buscarem novas formas de lidar com estas (Coleman & Smith, 2005).

Experiências estranhas à maioria da população foram ganhando diferentes sentidos no decorrer da história, dentre elas, a experiência de ouvir vozes sem que haja um estímulo para isto. Na Idade Média, o discurso religioso era hegemônico e influenciava o modo como se compreendiam

as experiências. Assim, qualquer pessoa que ouvisse vozes não associadas a um estímulo presente eram compreendidas como tendo alguma revelação vinda de fontes sobrenaturais, que poderiam ser boas ou ruins. Este sentido ainda persiste em algumas comunidades até os dias atuais (Watkins, 2008). Com o final da Idade Média, o discurso religioso enfraqueceu e foi dando espaço às ideias iluministas, que privilegiavam a racionalidade e a cientificidade. Assim, houve a emergência do discurso biomédico, compreendendo a experiência de ouvir vozes como um sintoma psicopatológico, nomeado de alucinações auditivas e presente em diferentes quadros psicopatológicos, principalmente na esquizofrenia e no transtorno afetivo bipolar. Este discurso difundiu-se e tem grande influência na formação dos profissionais que lidam com pessoas que ouvem vozes.

Nos cursos de saúde, prevaleceu o ensino de que os profissionais não deveriam se engajar em uma conversa sobre as vozes. Os profissionais foram incentivados a apenas identificar a experiência e tentar eliminá-la, através da medicação ou de estratégias psicoterapêuticas, como não interagir com o paciente quando este se encontra psicótico, a fim de não “reforçar” este comportamento. Entretanto, mesmo com o uso de medicamentos e psicoterapia, alguns indivíduos continuaram a ter experiências de ouvir vozes (Coleman & Smith, 2005).

Pelo discurso médico psiquiátrico, a experiência de ouvir vozes é comumente significadas como um sintoma, construindo-se sentidos de que esta experiência precisa ser eliminada, dando-se pouca importância ao significado destas vozes para quem as ouve e não possibilitando conversas sobre este assunto. Por ser uma experiência não muito comum, esta acabou sendo estigmatizada e, sempre que possível, as pessoas que a vivenciam procuram manter segredo sobre isto. Para Corstens et al. (2014) o Movimento dos Ouvidores de Vozes, por meio da prática do GOV, propôs um contraponto à prática psiquiátrica

tradicional, que segundo os idealizadores deste movimento, busca “silenciar as vozes”, tanto as vozes ouvidas pelos indivíduos, como as vozes dos próprios ouvidores.

Alguns autores também têm proposto que ouvir vozes não é sempre uma experiência negativa (Bueno & Britto, 2011; Cooke, 2000). A literatura aponta que até 10% das pessoas, em algum momento de suas vidas, ouvirão vozes sem que haja alguém falando com elas e a maioria destas não será considerada como portadora de transtornos psiquiátricos (Cooke, 2000). Descrever as vozes como sintomas leva à compreensão de que há uma doença, excluindo do grupo aqueles que ouvem vozes e que dão outros sentidos às suas experiências. Considera-se também que, mesmo quando a experiência é compreendida de modo negativo, este sentido pode ser alterado. Estudo realizado com ouvidores de vozes, pacientes e não pacientes, relatou que as experiências vivenciadas por ambos os grupos são similares, independentemente de terem ou não um diagnóstico psiquiátrico. Algumas das diferenças encontradas relacionavam-se ao conteúdo do que era dito, a qualidade emocional e a possibilidade de controlar as vozes (Honig et al., 1998). Assim, ter um espaço para conversar sobre o ouvir vozes pode auxiliar a construir novas formas de se relacionar com estas, possibilitando que ouvidores posicionados como pacientes psiquiátricos possam continuar a ouvir as vozes sem que isto seja negativo.

O Grupo de Ouvidores de Vozes considera que o problema não são as vozes que a pessoa ouve mas o relacionamento que se estabelece com elas, a força que elas têm e a influência dessas vozes na vida de quem as ouve (Coleman & Smith, 2005). Corstens et al. (2014) e Romme e Escher (1989) enumeram alguns pressupostos básicos que são adotados pelo GOV.

O primeiro deles refere-se a tratar o ouvir vozes como algo natural na experiência humana, considerando que todos têm o potencial para ouvi-las (por exemplo, em situações de privação de sono, muitas pessoas referem

ouvir algumas vozes). Assim, estas não devem ser consideradas como esquisitas ou como uma doença, sentidos estes que posicionam os ouvidores como pacientes, doentes, reduzindo a autoestima destes e enfraquecendo-os, caso as vozes não sejam eliminadas. Assim, produzir novos sentidos sobre o ouvir vozes oferece novos posicionamentos a estas pessoas e a seus familiares, que podem conviver com as vozes, ganhar maior controle sobre elas, sem serem posicionadas como doentes e fracassadas.

O segundo pressuposto refere-se à aceitação dos diferentes sentidos dados para a experiência de ouvir vozes. Assim, este não deve ser restrito à compreensão de que se refere a um sintoma psicopatológico. As diferentes pessoas terão diferentes compreensões e explicações para a experiência que vivenciam, baseadas em repertórios culturais e vivenciais, e estas precisam ser respeitadas. Com isto, desafiam a autoridade do discurso psiquiátrico ao construir outros sentidos para as vozes (Woods, 2013).

O terceiro pressuposto refere-se à importância dada ao encorajamento do ouvidor de vozes para se apropriar de sua experiência e das compreensões que tem sobre ela, sendo o grupo um espaço de exploração da multiplicidade de sentidos sobre esta. Nomear esta experiência como “alucinação” pode ser percebido para muitos como algo que os enfraquece e desempodera. Portanto, estimula-se que as pessoas construam sentidos que percebem como mais fortalecedores.

O quarto pressuposto sugere que, para a maioria das pessoas, o ouvir vozes pode ser compreendido dentro do contexto de eventos de vida e de narrativas interpessoais. Assim, conversar sobre as vozes e sobre o que é dito por elas, auxilia a se aproximar da vivência do ouvidor.

De acordo com o quinto pressuposto considera-se que seja mais útil aceitar as vozes do que tentar eliminá-las. Isto envolve aceitá-las como uma experiência real, valorizando a realidade subjetiva do ouvidor, reconhecendo

que ele pode lidar com as vozes com sucesso. Entretanto, vale destacar que isto não significa que as pessoas serão desencorajadas a usarem medicamentos psiquiátricos, já que para muitos estes são descritos como auxiliando a reduzir a intensidade das vozes, abrandando-as, além de colaborarem para redução da ansiedade, auxílio no sono, dentre outros. Entretanto, a medicação é vista como mais uma estratégia para cuidarem de si e não como a principal.

O sexto pressuposto chama a atenção para a importância do grupo de pares, que possibilita que novos sentidos sejam introduzidos, que se negociem posicionamentos e identidades, que se construam estratégias para o manejo das vozes e da vivência em comunidade e que se fortaleçam e se empoderem os ouvidores.

Na prática, nos Grupos de Ouvidores de Vozes, primeiro há o incentivo para que cada um identifique a própria experiência, valorizando os repertórios usados pelo ouvidor, construídos com base em suas vivências e nos discursos culturais. Ao tirar a centralidade do diagnóstico, considera-se que haja espaço para outros discursos e sentidos (Johnstone, 2012). Além disto, como as pessoas geralmente não são incentivadas a falarem sobre sua experiência, sentem-se sozinhas com esta. Ao compartilharem, veem que outras pessoas também a vivenciam, conseguem colocá-la em perspectiva e refletir sobre como manejá-la. Depois, busca-se explorar as experiências, conhecendo-as em detalhes, olhando para a relação que vem sendo estabelecida com as vozes, a influência que estas têm sobre a pessoa e em como estas afetam e controlam a vida do indivíduo. Romme e Escher (1989) sugerem que os profissionais devem explorar em detalhes quais são os sentidos dados pelos ouvidores às vozes e quais as estratégias utilizadas por eles. Nesta direção, Coleman e Smith (2005) sugerem algumas questões para serem trabalhadas na fase inicial do Grupo de Ouvidores de Vozes. Selecionamos aqui algumas destas questões que podem ser trabalhadas em diferentes

momentos: de quem são as vozes que você ouve? O que elas dizem? Com quem você estava quando elas conversavam com você? O que você estava fazendo? Como era o lugar onde você estava (barulhento, quieto, lotado)? Porque você acha que ouviu esta voz? Se for a voz de outra pessoa, ela reflete como você estava se sentindo no momento (se estivesse triste, a voz estava te punindo; se estivesse feliz, a voz estava te encorajando; se estivesse se sentindo vulnerável, a voz estava te amedrontando)? Quando você está se sentindo bem, as vozes param ou têm pouca influência em você ou não? Como você ouve as vozes? São claras? São pensamentos inseridos em sua cabeça? É uma comunicação telepática? Você percebe o pensamento e sentimento de outras pessoas? Você ouve através de seus ouvidos ou de outra maneira (ex. estômago, direto na mente)? Outras pessoas conseguem ouvir também? Se outros não conseguem ouvir, qual sua explicação para isto? Você fica assustado por ouvir vozes? Você consegue comandá-las ou negociar com elas? O que você faz que consegue te distrair e não ouvi-las ou atenuá-las? O que você faz que te ajuda a tornar as vozes mais positivas ou checar se estas são reais?

Através da compreensão das experiências e da exploração das construções que os participantes trazem sobre elas, o GOV busca auxiliar a tomar decisões sobre como gostariam de agir em relação a elas. Refletem sobre estratégias para lidar com as vozes, de modo que sintam que têm controle sobre sua vida, incentivando sempre a troca entre os pares.

Para compreendermos como se tem dado a experiência de implementação deste grupo em nosso contexto, discorreremos brevemente sobre as mudanças no tratamento em saúde mental e nas políticas em saúde mental no Brasil.

O contexto: Reforma Psiquiátrica Brasileira

A respeito de experiências humanas nomeadas como loucura, vários sentidos e discursos foram construídos ao longo da história, desde discursos de cunho místico ou religioso, até mais recentemente, o discurso da loucura enquanto doença. Os sentidos e discursos ensejam práticas e condutas diante do fenômeno, de forma que estas experiências foram tratadas de diferentes maneiras ao longo da história, e ao chamado “louco”, múltiplos espaços e lugares foram atribuídos.

O surgimento da compreensão da “loucura” enquanto doença coincide com a emergência do enfoque médico/científico nos séculos XVIII e XIX com os iluministas pós Revolução Francesa, com destaque para a figura de Philippe Pinel e o seu “Tratado Médico-Filosófico sobre Alienação Mental”. Este é considerado o marco do início da nova ciência que posteriormente seria chamada de psiquiatria. Com o enfoque medicalizado da experiência nomeada de loucura, esta passa a ser vista como uma alteração que se processa na mente do indivíduo, tendo origem em causas passionais ou internas, um processo mais ou menos duradouro que envolve disfunções orgânicas e afetivas (Pessotti, 1994).

Com a apropriação da experiência nomeada como loucura pela medicina e a construção do saber e da compreensão da loucura enquanto doença, um novo “lugar social” foi construído para o chamado “louco”, e surgiram as figuras paradoxais do médico alienista e do hospital psiquiátrico. Paradoxais, já que ambas surgiram com a proposta de libertar o dito “louco” do aprisionamento da falta de razão, devolvendo-o à sociedade. Contudo, ao assumir o papel daquele que detém a prerrogativa da razão, os médicos alienistas, junto com o hospital psiquiátrico, tornaram-se dispositivos de controle social, funcionando sob a égide do discurso da normalidade, ditando o que é

aceitável em termos de condutas e comportamentos, descrevendo como patológico aquilo que foge de tais padrões (Foucault, 2006). O primeiro e mais fundamental princípio terapêutico do “tratamento moral” criado por Pinel era o “isolamento do mundo exterior”, partindo do pressuposto de que as causas da alienação mental estão presentes no meio social e o isolamento permite afastá-las. Essa máxima continua ainda presente na prática psiquiátrica contemporânea, tendo como seu símbolo máximo o hospital psiquiátrico. Tais conceitos de alienação mental e isolamento ajudaram a construir uma atitude social de medo e discriminação para com as pessoas com experiências nomeadas como loucura.

Críticas a esse modelo de tratamento ganharam força e tomaram forma após a Segunda Guerra Mundial, ancoradas nos movimentos sociais que lutavam pelas liberdades individuais e direitos humanos e civis, e que viam na internação psiquiátrica uma forma de usurpação dos mesmos, dando início em diversos países ao movimento chamado de Reforma Psiquiátrica. Na Itália, aconteceu talvez a mais importante e influente experiência de reforma, liderada por Franco Basaglia, tendo como base a desconstrução do manicômio e de todo seu aparato, entendido não só como uma estrutura física, mas como um conjunto de saberes e práticas, um discurso legitimado pela ciência psiquiátrica e que engendra práticas de patologização da experiência humana e constrói lugares de isolamento e segregação (Amarante, 2007). Com marcada influência da experiência italiana, no início dos anos 1970 teve início o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A Reforma Psiquiátrica pode ser entendida como um projeto de transformação da relação da sociedade com a experiência nomeada “loucura”. Segundo o Ministério da Saúde (2005), a Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo compreendido como um conjunto de transformações de práticas, saberes e valores

culturais e sociais sobre a loucura que se dá no cotidiano das relações. Para Amarante, “a reforma psiquiátrica vem transformando, desde então, a relação entre a sociedade e a loucura, questionando não só as instituições psiquiátricas vigentes, mas também os conceitos e saberes que dão fundamento e legitimidade a tais práticas” (Amarante, 2007, p. 13).

Podemos entender, portanto, a Reforma Psiquiátrica como indo muito além da reformulação do modelo de assistência em saúde mental. Trata-se de um movimento de questionamento e mudança dos paradigmas da psiquiatria clássica e, de maneira mais ampla, uma revisão dos discursos sobre a loucura predominantes em nossa sociedade.

Como alternativa ao paradigma da psiquiatria clássica foi construído um novo discurso chamado de atenção psicossocial, propondo a ampliação do cuidado em saúde mental, que deve ocorrer em vários níveis de atenção, desde a prevenção e promoção até as internações, quando estas se fazem necessárias. Para isso foram desenvolvidas diferentes estratégias de cuidado que, na maioria dos casos, estão ainda em lento processo de desenvolvimento. Dentre elas, destacam-se a criação de uma rede de serviços substitutiva; a valorização dos saberes de diversas áreas de conhecimento; o investimento em trabalhos de base comunitária; a aproximação da saúde mental e a atenção básica, principalmente a estratégia de saúde da família (ESF); e o trabalho com famílias.

Tais transformações também ocorreram em nível jurídico e de políticas públicas e, em 2001, foi aprovado o Projeto de Lei que ficou conhecido como “Lei da Reforma Psiquiátrica” (Lei 10.216), que propunha a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e o redirecionamento do modelo de atenção em saúde mental com a extinção progressiva dos hospícios no país.

Apesar das inúmeras conquistas, não podemos esquecer que a Reforma Psiquiátrica é um processo em construção marcado por avanços e retrocessos, sendo que o

cuidado e as práticas em saúde mental são atravessados na atualidade por diferentes paradigmas, o que acaba por levar a práticas muitas vezes contraditórias e desintegradas. Essas resistências às propostas da Reforma Psiquiátrica aparecem de forma indireta, como destaca Bezerra (2007), na defesa da hegemonia do saber e da prática médica no campo de atenção à saúde; na ênfase dos tratamentos biológicos, notadamente farmacológicos, como única forma efetiva de tratamento; na importância que é dada pela Psiquiatria ao modelo da medicina baseada em evidências; e no uso indiscriminado da nosografia descritivas dos manuais diagnósticos (DSMs e afins...) como verdades únicas e fatuais sobre os transtornos mentais em detrimento de outras possibilidades explicativas (como modelos culturais, psicodinâmico, fenomenológico, psicossocial, dentre outros). Deste modo, o embate que nos primeiros anos se centrava na busca de espaços dentro do sistema político-assistencial, hoje tende a girar em torno de debates fortemente marcados por questões de natureza epistemológica, teórica e ética.

Em resumo, a Reforma Psiquiátrica propõe uma mudança no olhar que vem sendo dado historicamente para pessoas com experiências que as posicionam como “loucas” ou “doentes mentais”, assim como para os seus chamados “sintomas”. Se olharmos para estas pessoas como doentes, seus comportamentos e experiências tendem a ser descritos e nomeados como sintomas. Ao olharmos para elas como sujeitos pleno de direitos, atravessados por complexidades e singularidades, suas experiências podem ser vistas não pelo prisma da psiquiatria, mas como fazendo parte daquilo que chamamos de experiência humana. Este novo olhar vem embasando alguns trabalhos na área que buscam o protagonismo do indivíduo, olhando-os para além do diagnóstico recebido e valorizando suas experiências e projetos de vida. A proposta do Grupo de Ouvidores de Vozes vem na mesma direção, com um novo olhar para a experiência de muitos indivíduos, legitimando-

as e a auxiliando a construir sentidos e ações em relação a estas.

A experiência: Grupo de Ouvidores de Vozes em um serviço comunitário de saúde mental

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram os dispositivos criados no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira para redirecionar o cuidado em Saúde Mental dentro do paradigma da atenção psicossocial, com a consequente substituição do modelo “hospitalocêntrico”, centrado na assistência asilar, por um novo modelo, dirigindo a assistência a partir de cuidados em âmbito extra-hospitalar e comunitário. Os CAPS são os instrumentos centrais na proposta de reforma da assistência psiquiátrica no Brasil, tendo sua regulamentação surgida a partir da Portaria 336/GM de 10 de fevereiro de 2002, que dispõem sobre o papel estratégico dos CAPS na nova organização, além de definir os diversos tipos de CAPS, de acordo com o nível de complexidade da assistência oferecida e a clientela atendida. Foram assim regulamentados os CAPS I, CAPS II, CAPS III, Caps ad II e Caps i II. A lógica dessa divisão reside nos níveis de complexidade da assistência de acordo com o tamanho da população dos municípios assistidos e as modalidades de atendimento oferecidas, desde atendimento à população em geral, especializado em álcool e drogas ou especializado em cuidados à criança ou adolescente.

Os CAPS são definidos como serviços comunitários de saúde mental que fazem parte do Sistema Único de Saúde e se destinam a prestar acompanhamento por equipe inter/multidisciplinar a pessoas com diagnósticos de transtornos mentais graves e persistentes. Seu objetivo é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a

reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares, sociais e afetivos. O cuidado é sempre realizado através de Projetos Terapêuticos Singulares, norteados pelos direitos humanos e com uma abordagem da pessoa em sua integralidade, singularidade e coletividade.

O CAPS é um serviço de “portas abertas”, tendo como conduta acolher todo usuário que demande tratamento em saúde mental sendo que, a partir das necessidades verificadas, é constituída a rede de cuidado, compartilhando parcerias com outros serviços de saúde, de assistência social ou de caráter comunitário, além de buscar parceria com recursos da comunidade, dentro da lógica do território, inserida no contexto de vida do sujeito atendido. O CAPS deve ser um serviço não centrado em si mesmo, mas um espaço de circulação e articulação com a comunidade, onde exercitamos um olhar para a experiência dita loucura de modo humanizado, numa postura crítica constante aos estigmas e ao olhar e práticas patologizantes.

O CAPS III, diferentemente dos outros tipos de CAPS, funciona 24 horas, tendo a capacidade de acolher 05 usuários em leito noite. Este acolhimento é destinado a pessoas que se encontram em sofrimento psíquico intenso tendo como objetivo prevenir a piora da crise e evitar a necessidade de internação psiquiátrica. No serviço, busca-se acolher o usuário em um local próximo ao ambiente familiar, tendo a equipe uma postura humanizada e respeitosa, a fim de evitar a experiência traumática da internação ao retirar o sujeito de seu cotidiano de vida e de relações.

O CAPS III “Dr. André Santiago” iniciou suas atividades no dia 1º de setembro de 2008, sendo o primeiro e ainda único CAPS de nível III no município de Ribeirão Preto e região. Foi instalado no Distrito Oeste, segundo distrito mais populoso do município e uma região conhecida por apresentar um grande contingente de pessoas em situação de vulnerabilidade psicossocial, sendo

responsável na época pelo maior volume de internações psiquiátricas. Vale ressaltar que na época de sua criação, existiam apenas outros dois serviços do tipo CAPS no município, sendo que um era o CAPS II AD, que atendia a população de todo o município com problemas de álcool e outras drogas, e o outro o CAPS II que atendia a população do Distrito Central. Deste modo, aproximadamente 80% da população do município não tinha acesso a essa modalidade de atenção.

A proposta de criação de um Grupo de Ouvidores de Vozes no CAPS-III surgiu após workshop realizado com Marius Romme, criador da proposta, e Paul Baker, da *International Mental Health Collaborating Network* (IMHCN), no início de 2015. Ao final do workshop houve o comprometimento dos participantes em compor ações que dessem início a uma ainda incipiente rede brasileira de apoio às pessoas que ouvem vozes, interligada a seus órgãos internacionais correlatos, Intervoice e IMHCN.

Ainda que a proposta do Grupo de Ouvidores de Vozes seja a de realização de um grupo ligado à comunidade e não propriamente a contextos da saúde, foi no CAPS-III de Ribeirão Preto que se encontrou o suporte necessário para sua implantação. Este CAPS se encontrava num processo de mudanças, numa fase de transição de um modelo que dava grande centralidade ao tratamento farmacoterápico de seus usuários para um modelo de atenção mais centrado nos aspectos psicossociais. Após pactuar com a gerência do serviço a permissão para realizar o grupo, a proposta foi apresentada na reunião de equipe e as dúvidas a respeito do que seria realizado foram sanadas. Além disso, nos colocamos à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas a qualquer momento em que estivéssemos no CAPS. A proposta foi recebida pela equipe com curiosidade e empolgação. Vários profissionais, de imediato, apontaram usuários que eles se lembravam de terem relatado ouvir vozes. Aparentemente, a demanda de ouvir vozes era presente no serviço e a equipe sentia-se despreparada para lidar com essa questão. A proposta do

grupo surgiu, na visão dos profissionais, como complementar ao cuidado já oferecido por eles.

O coordenador do grupo foi um profissional que fazia ações pontuais e voluntárias no serviço, não participando da rotina do serviço diariamente. O CAPS-III possuía uma agenda semanal de atividades, entretanto, algumas alterações eram realizadas de última hora a fim de atender as demandas imediatas do serviço. O Grupo de Ouvidores de Vozes ficou combinado para ocorrer quinzenalmente, ocupando o espaço na agenda semanal no contra-turno dos passeios externos (atividade também quinzenal). Alguns problemas surgiram deste agendamento pois mudanças eram feitas na programação dos pacientes sem prévio aviso, tomando o espaço reservado para o grupo. A saída foi a pactuação de datas específicas para os encontros e foram colocados cartazes em diversos pontos do serviço convidando as pessoas ao grupo. O convite feito para o Grupo de Ouvidores de Vozes não era restrito àqueles que se identificavam como tais, mas sobretudo, àqueles que desejavam conversar e ouvir a respeito desta temática.

O Grupo de Ouvidores de Vozes é aberto, o que significa que nos dias em que está agendado, todas as pessoas que se encontram no serviço são convidadas a participar. Tal configuração fez com que os primeiros grupos tivessem membros muito diferentes uns dos outros, dificultando a identidade como grupo. Com o passar do tempo, alguns participantes foram se vinculando à proposta e mantendo-se mais frequentes. Ainda assim, além dos integrantes que frequentam o grupo assiduamente, há sazonalidade de alguns participantes que estão em acolhimento no CAPS-III e se interessam em participar de forma pontual. Essa mescla entre alguns integrantes fixos e outros sazonais possibilitou manter sempre em aberto a construção de sentidos a respeito do fenômeno de ouvir vozes no grupo. Os grupos têm uma hora de duração, tendo em média 12 participantes. Dentre os participantes, a

maioria são ouvidores de vozes (*experts* pela experiência) e os outros são profissionais/estudantes (*experts* pela profissão). Qualquer pessoa pode se juntar ao grupo durante a sessão ou deixar a sessão antes de seu término. Existe no grupo uma co-coordenação entre um *expert* pela experiência e um *expert* pela profissão. A tarefa destes é facilitar a ocorrência do grupo, organizando o espaço, convidando as pessoas e explicando os objetivos e funcionamento do grupo. Entretanto, durante o grupo, os dois coordenadores participam de forma não hierarquizada.

A cada início de grupo é proposto que algum integrante que já tenha participado anteriormente explique para aqueles que nunca estiveram ali a respeito do que se trata o grupo. Faz-se o contrato, deixando claro que se considera que os sentidos trazidos por todos os integrantes devem ser validados como sentidos possíveis, mesmo que não haja concordância sobre eles. Compreende-se que ouvir vozes é um fenômeno natural do ser humano e que tem sentidos específicos para cada ouvidor (Coleman & Smith, 2005). Dessa forma, propõe-se a escutar aquele que ouve vozes sem julgamentos, buscando compreender junto com ele sua experiência, ao invés de propor entendimentos *a priori* sobre o fenômeno de ouvir vozes. Por conseguinte, esse primeiro momento do grupo tem como objetivo possibilitar que os integrantes construam um funcionamento grupal que acolha sem julgamento aquele que ouve vozes e que estes dividam esta experiência com os demais, além de fomentar uma atmosfera de curiosidade a respeito do tema.

Alguns profissionais e estudantes da área da saúde também participam do grupo, sendo os *experts* pela profissão. Eles adotam uma perspectiva de trabalho colaborativa, tomando por base a capacidade generativa do diálogo e estando atentos para as formas de conversa que geram possibilidades para as pessoas (Anderson, 2005). Considera-se que é por meio do diálogo que as histórias de vida e as experiências são organizadas, podendo reconstruir subjetividades (Gergen & Ness, 2016).

Adotam a “postura do não saber”, em que buscam estar atentos à vivência dos ouvidores, explorando e demonstrando curiosidade sobre os sentidos e os manejos que dão à experiência de ouvir vozes (Anderson, 2005). Com esta postura, deixam claro que não têm a resposta sobre a vida e a experiência dos ouvidores e que querem aprender e construir junto a eles. Para isto, faz-se necessário ouvir de modo respeitoso o que está sendo conversado e deixar os ouvidores conduzirem a conversa. Adotam também a “postura de curiosidade”, respeitando os diferentes pontos de vista e posicionando os ouvidores como *experts* de sua própria história (Anderson, 2005). Participam fazendo perguntas, buscando possibilitar que novas ideias surjam. Também apresentam diferentes perspectivas, sempre com o objetivo de gerar outros sentidos, outras compreensões e ações. Nesta direção, podem compartilhar experiências profissionais prévias, como o relato de atendimentos a pessoas que ouviam vozes e sobre o modo como estes compreendiam e lidavam com elas. Podem também fazer apontamentos teóricos, utilizando teorias profissionais como sugestões de construção de sentidos, uma vez que estas podem oferecer alternativas de sentidos não usuais ao senso comum (Gergen & Ness, 2016). Também compartilham leituras realizadas, visando ampliar as possibilidades de compreensão e manejo das vozes. Em outros momentos, compartilham experiências pessoais, de situações em que ouviram vozes ou de vozes presentificadas em seus pensamentos e sobre como se sentiram e como lidaram com estas. A todo o momento, buscam conhecer os sentidos já existentes sobre o ouvir vozes e conversam de modo a ampliá-los, atentos à negociação de sentidos e aos efeitos destes.

Tal perspectiva de trabalho muitas vezes contrasta com a maneira como a relação paciente-profissional se estabelece nos serviços de saúde mental. Comumente, estabelece-se uma relação em que o profissional é quem

sabe o que se passa com o paciente e o avalia para apresentá-lo à verdade por trás da experiência vivida por ele. A horizontalidade do grupo pode inicialmente gerar certa frustração em alguns participantes, que buscam neste espaço resposta dos profissionais para a experiência de ouvir vozes. Entretanto, o grupo como espaço de produção de sentidos instrumentaliza os participantes a construir suas próprias verdades sobre o que vivenciam. Dessa forma, os ouvidores de vozes produzem práticas mais efetivas para lidar com as vozes ao invés de serem apresentados a uma verdade única e universal a respeito deste fenômeno.

Em nossa experiência, os discursos médico psiquiátrico e religioso são os mais utilizados pelos ouvidores de vozes para explicar o fenômeno das vozes. O fato do grupo estar alocado em um serviço de saúde mental e ser composto principalmente por pessoas em tratamento psiquiátrico e profissionais desta área acaba circunscrevendo possibilidades de construção de sentidos. Dessa maneira, têm sido muito presentes entendimentos que vinculam as vozes aos sintomas psiquiátricos, a certos diagnósticos ou a efeitos de administração ou não administração de determinados medicamentos. Entretanto, os profissionais participantes do grupo buscam sempre problematizar essa visão de que o ouvir vozes seria sempre algo entendido como ruim.

Nos grupos, houve relatos de algumas pessoas sobre intenso sofrimento ao ouvir as vozes. E também houve relatos de pessoas afirmando que algumas vozes os ajudavam a dar conta da experiência estressante de lidar com as outras vozes que diziam coisas muito negativas. A experiência do grupo trouxe entendimentos de que essas vozes muitas vezes não eram relatadas, ou mesmo percebidas em um primeiro momento, devido à urgência emocional gerada pelas vozes negativas. Além disso, parece que antes do grupo existiam dificuldades em construir entendimentos positivos a respeito disto e a postura de não julgamento possibilitou ampliar os

entendimentos a respeito do fenômeno de ouvir vozes, fazendo emergir construções de que as vozes também poderiam ser encaradas como algo potencialmente positivo.

O relato de integrantes do grupo apontou que conversar sobre o ouvir vozes não é um processo simples. O estigma relacionado a isso é ainda muito intenso, tanto por parte dos familiares, como por parte dos profissionais da saúde. Assumir para familiares e profissionais que está ouvindo vozes geralmente posiciona-os como pacientes com piora do quadro psiquiátrico, levando ao aumento da medicação, e com isto, de efeitos colaterais da mesma. O grupo se consolidou como espaço para construir outros entendimentos a respeito das vozes e, portanto, espaço seguro para conversar a respeito destas sem julgamentos. Isso foi apontado pelos integrantes como sendo a característica mais importante da atividade. O estigma dificulta que o assunto seja abordado de forma livre dentro dos contextos da família e de saúde, que trazem normalmente um entendimento pronto (e rígido) do fenômeno como associado à patologia, refutando muitas vezes quaisquer entendimentos de outro tipo. Um participante relatou que mesmo estando em processo psicoterapêutico, realizando acompanhamento medicamentoso, participando de oficinas artísticas e de várias outras atividades terapêuticas, sentia que só conseguia pensar e conversar a respeito das vozes no grupo, ressaltando a importância deste tipo de espaço para ele, não de forma concorrente aos outros cuidados, mas de forma complementar a estes.

Por compreender que o fenômeno de ouvir vozes é natural e humano, o grupo não pretende “curar” as pessoas, eliminando as vozes. Entende que as vozes aparecem e desaparecem de forma natural, da mesma forma que podem se alterar com o passar do tempo. Dessa forma, o grupo vem se ocupando mais de tentar compreender quais as características das vozes, ao invés de preveni-las. A experiência do grupo tem mostrado que, ainda que ouvir

vozes seja algo muito presente na vida de algumas pessoas, normalmente estas sabem muito pouco sobre elas, provavelmente por um entendimento de que os esforços devem ser no sentido da eliminação e não da compreensão das vozes. O grupo tem construído sentidos sobre as vozes que são relatadas, investigando qual seu tom, qual o gênero destas, a idade, de onde elas vêm, em que momentos elas aparecem, quais seus nomes, dentre outros aspectos. Investigar essas características ajuda a pessoa que ouve a voz a construir uma identidade para esta voz, habilitando-a a pensar em novas maneiras de lidar com esta. Assim, aquele que ouve a voz se apropria da voz que também faz parte dele.

O discurso religioso também tem aparecido com muita frequência nos grupos, construindo entendimentos sobre o ouvir vozes. Isto se deve à importante inserção que as igrejas católica e evangélica têm nos bairros ao redor do CAPS-III, além da proximidade física com um centro espírita. Assim, muitas vezes as vozes são compreendidas como sendo manifestações espirituais de diversos tipos. Este também é um entendimento possível dentro da proposta do Grupo de Ouvidores de Vozes. Normalmente, nos serviços de saúde, este tipo de entendimento é subjugado pelo discurso médico psiquiátrico, sendo muitas vezes deixado de lado em prol de certa laicidade histórica da ciência. Além disso, contextos que se utilizam do discurso religioso muitas vezes possibilitam e, às vezes, até valorizam o fenômeno de ouvir vozes, com construções que não resultam em julgamentos negativos. Gergen e Ness (2016) apontam que o discurso religioso é muito poderoso e que ao negligenciá-lo o profissional pode atrapalhar o processo terapêutico. Assim, o Grupo de Ouvidores de Vozes tem se mostrado como um espaço de exploração dos discursos que constroem sentidos sobre esta experiência para os ouvintes e profissionais, buscando com isto, modos alternativos de compreender e lidar com esta.

Reflexões finais

O Grupo de Ouvidores de Vozes é uma proposta que tem afinidades com o movimento construcionista social, já que questiona discursos hegemônicos que constroem sentidos a respeito da experiência de ouvir vozes, convidando a construir outros sentidos sobre esta e oferecer novos posicionamentos ao ouvidor de voz. Apesar do Movimento de Ouvidores de Vozes recomendar que estes grupos sejam realizados fora de serviços de saúde, nos diferentes países em que este vem sendo implementado, assim como no Brasil, os serviços comunitários de saúde mental têm se mostrado como espaços férteis para o início da implantação do grupo. Isto ocorre já que muitos ouvidores de vozes têm vínculo forte com os serviços e pouca disponibilidade inicial para frequentar outros espaços. A realização do grupo no serviço possibilita conversar, legitimar e, em muitas situações, transformar a experiência, sendo, portanto, terapêutico. Entretanto, compreende-se que este é o primeiro passo e que a realização deste em outros espaços fortaleceria outros posicionamentos, que não o de “pacientes”.

Nossa experiência tem demonstrado que pessoas que ouvem vozes, mesmo participando de diferentes estratégias de tratamento, têm espaços reduzidos onde podem conversar sobre esta vivência. O estigma e o preconceito existentes em relação ao ouvir vozes levam os ouvidores a esconderem a experiência e a buscarem sozinhos estratégias para lidar com esta. Ter um espaço onde é possível conversar sobre esta experiência sem que haja julgamento ou consequências percebidas como negativas pelo ouvidor, é algo que tem sido valorizado pelos participantes do grupo. Ao se debruçarem sobre a própria experiência e à do colega, identificam situações em que esta é também positiva e buscam maximizar estas situações, a fim de lidar de modo mais tranquilo com as

vozes. Assim, o grupo cumpre com o objetivo de conseguir propiciar diálogos, sentidos e posicionamentos em que o ouvir vozes seja percebido com um impacto negativo reduzido para o bem-estar e para o funcionamento independente do indivíduo. Também se percebe que há uma melhora no relacionamento com as vozes, assim como se cria um espaço para desenvolver versões identitárias mais empoderadas frente a esta experiência.

Vale ressaltar que o GOV, ao convidar as pessoas a lançarem um novo olhar para a experiência de ouvir vozes, também promove a possibilidade de que familiares e profissionais possam se posicionar de outra forma frente ao ouvindo de vozes. A possibilidade de construir outros sentidos sobre o ouvir vozes, não o encarando como uma experiência de adoecimento e enfraquecimento, promove nos familiares e profissionais uma escuta diferenciada para o ouvindo de vozes. A experiência de ouvir vozes passa a ser legitimada e sua escuta valorizada. Há também o convite para que aqueles que não se consideram ouvindo de vozes reflitam sobre suas experiências pessoais, questionando-se se nunca vivenciaram algo assim. Essa proximidade entre ouvindo de vozes e “supostos não ouvindo de vozes” borra os limites socialmente construídos entre os nomeados “loucos” e os “normais”, questionando estigmas e preconceitos, e evitando o isolamento e afastamento.

As mudanças ocorridas com a Reforma Psiquiátrica nos diferentes países convidam a um novo olhar para os fenômenos historicamente chamados de “loucura”, além de novos modos de se relacionar com estes. A mudança de paradigma do ouvir vozes como um sintoma genérico para a compreensão de que as vozes são uma experiência significativa que pode levar a mudanças pessoais e à recuperação vem sendo compreendida por muitos ouvindo de vozes, familiares e profissionais como sendo profícua.

Referências Bibliográficas

- Anderson, H. (2005). Myths About ‘Not-Knowing’. *Family Process*, 44(4), 497–504.
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (3. ed.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Bezerra Júnior, B. (2007). Desafios da reforma psiquiátrica. *PHYSIS - Revista Saúde Coletiva*, 14(2), 243-250.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Bueno, G. N., & Britto, I. A. G. S. (2011). Uma Abordagem Funcional para os Comportamentos Delirar e Alucinar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, XIII(2), 4-20.
- Coleman, R., & Smith, M. (2005). *Working with voices II: victim to victor*. Dundee: P&P Press.
- Cooke, A. (2000). *Understanding Psychosis and Schizophrenia: why people sometimes hear voices, believe things that others find strange, or appear out of touch with reality, and what can help*. Canterbury: British Psychological Society Division of Clinical Psychology.
- Corstens, D., Longden, E., McCarthy-Jones, S., Waddingham, R., & Thomas, N. (2014). Emerging perspectives from the hearing voices movement: implications for research and practice. *Schizophrenia Bulletin*, 40 (Suppl 4), S285-94.
- Corradi-Webster, C. M. & Carvalho, A. M. P. (2011). Diálogos da psicologia com a enfermagem em

tempos de transição paradigmática. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(4), 974-980.

Foucault, M. (2006). *O poder psiquiátrico: curso dado no Collge de France (1973-1974)*. Paris: Martins Fontes.

Gergen, K. J. (1999). *Realities and relationships: soundings in social construction*. Cambridge: Harvard University Press.

Gergen, K. J. (2014). The Neurobiological Turn in Therapeutic Treatment: Salvation or Devastation? In D. Loewenthal, *Critical Psychotherapy, Psychoanalysis and Counselling* (pp.53-73). London: Palgrave Macmillan.

Gergen, K. J., & Ness, O. (2016). Therapeutic Practice as Social Construction. In M. O'Reilly & J. N. Lester (Org), *The Palgrave Handbook of Adult Mental Health*. (pp.502-519). London: Palgrave Macmillan.

Guanaes-Lorenzi, C., Moscheta, M., Corradi-Webster, C. M., & Souza, L. V. E. (2014). *Construccinismo social: discurso, prática e produção do conhecimento*. Rio de Janeiro: Editora do Instituto NOOS.

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

Johnstone, L. (2012). Voice hears are people with problems, not patients with illness. In: M. Romme, & S. Escher, *Psychosis as a Personal Crisis: An Experience-Based Approach* (pp. 27-36). London: Routledge.

Langenhove, L.V., & Harr, R. (1999). Positioning and the writing of science. In L. V. Langenhove & R. Harr,

Positioning Theory (pp. 102-115). Oxford: Blackwell Publishers.

Pessotti, I. (1994). *A loucura e as épocas*. Rio de Janeiro: Editora 34.

Rasera, E. F., & Japur, M. (2005). Os sentidos da construção social: o convite construcionista para a psicologia. *Paidéia*, 15(30), 210-219.

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

Watkins, J. (2008). *Hearing voices: a common human experience*. Melbourne: Michelle Anderson Publishing Pty.

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